

Trastornos de la conducta alimentaria y la imagen corporal: Un estudio de series de casos.



**Máster en Psicopatología, Salud y
Neuropsicología**

Curso 2012-2013

Paula López Castillo

Tutora: Juani Bretón

Índice

1. Introducción	3
2. Marco teórico del estudio	5
2.1 Concepto de imagen corporal y cómo se forma	5
2.2 La imagen corporal en los Trastornos Alimentarios	9
2.3 Tratamientos de los trastornos Alimentarios e Imagen Corporal	14
3. Objetivos	20
4. Método	21
4.1 Participantes	21
4.2 Instrumentos de evaluación	26
4.3 Diseño	28
4.4 Terapeutas	28
4.5 Tratamiento	29
4.6 Procedimiento	31
5. Resultados	33
6. Discusión y conclusiones finales	50
7. Bibliografía	55
8. Anexos	63

1. Introducción

El deseo por adelgazar se ha convertido en uno de los valores principales de nuestra cultura (Gismero, 1996). Es evidente que nos encontramos inmersos en una sociedad en la que existe una creciente preocupación por la apariencia física.

En la sociedad occidental actual se favorece la delgadez ya que se relaciona con el éxito, la seguridad, la belleza, estar en forma y ser aceptado socialmente. Cuidar el cuerpo se ha confundido con perder kilos, de manera que cualquier aumento de peso es considerado como algo perjudicial para la salud, una falta cuyo castigo se paga en el gimnasio (Gascón y Migallón, 2002).

Esta creciente preocupación por la delgadez está dando lugar a un incremento desorbitado de los problemas relacionados con la insatisfacción de la imagen corporal y, de forma más concreta y derivados de esa insatisfacción, de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA).

Tal y como indica Rosa Calvo en su libro *"Anorexia y Bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas"* (2002), "los países occidentales ya no pueden cerrar los ojos al fuerte incremento de la prevalencia de los trastornos alimentarios, a los efectos devastadores en la salud de quienes los padecen, a su tasa de cronicidad y a los costes sanitarios que implican sus tratamientos" (p. 361). Es evidente que nos encontramos ante un problema de salud grave, que no distingue entre sexo, ni edad, ni condición social.

Teniendo en cuenta que los trastornos alimentarios pueden tener consecuencias médicas graves, no es de extrañar que los esfuerzos terapéuticos se hayan centrado principalmente en la estabilización del peso y en los patrones de alimentación, quedando los aspectos de la imagen corporal (IC en adelante) relegados a un lugar secundario. Sin embargo, las alteraciones de la imagen corporal no solo forman parte de la psicopatología y de sus criterios diagnósticos, sino que tiene un papel fundamental en el inicio y mantenimiento del trastorno alimentario, además de ser uno de sus factores de recaída y pronóstico.

De todos los factores psicológicos que causan los TCA, la insatisfacción con el cuerpo es el antecedente más evidente.

Además, estudios longitudinales entre las poblaciones de riesgo han encontrado que la IC es lo que más predice las fluctuaciones en los síntomas de los trastornos alimentarios a lo largo del tiempo. Sin embargo, revisando los

tratamientos de las alteraciones de la IC nos damos cuenta de que antes de la década de los 80 había muy pocos estudios sobre la eficacia de estos tratamientos.

A partir de esta década el número de investigaciones sobre la IC en los Trastornos Alimentarios se ha incrementado notablemente. En este tiempo se ha afianzado la importancia de la IC en este tipo de trastornos, se han realizado estudios cada vez más controlados en los que se confirma que es un factor predisponente en población juvenil, es un factor mantenedor y que actúa como factor pronóstico después de un tratamiento. En la misma línea se ha ido consolidando la Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) como la más eficaz para tratar la IC en población general, población subclínica o en personas con Trastorno Dismórfico Corporal.

No obstante, y dada la importancia de la IC en los TCA, existen pocos estudios que incluyan la IC como un componente añadido de tratamiento en la Terapia Cognitivo Comportamental para los Trastornos Alimentarios.

Estudios actuales sobre eficacia y efectividad de la TCC en la IC en poblaciones con un TCA (Bhatnagar, Wisniewski, Solomon, & Heinberg, 2013) demuestran que la TCC por sí sola, sin componente específico para la IC, es exitosa en la disminución de la alteración de la IC. No obstante, la TCC dirigida a la IC es más efectiva que la TCC que no lo hace.

Muchos estudios también revelan la ventaja de incluir un componente de tratamiento dirigido a las alteraciones de la IC en el protocolo de tratamiento general de los TCA ya que resulta en mayores mejoras en las actitudes, pensamientos, emociones y comportamientos relacionados con la propia apariencia corporal y física, e igualmente tiene un efecto positivo en la patología del TCA. Además, el tratamiento de la IC acelera el proceso de cambio y maximiza los resultados del TCC. En otras palabras, la mejora ocurre mucho antes cuando la IC es tratada.

Todo esto demuestra, tal y como también apoyan otros autores, que una intervención superficial no es suficiente para mejorar y normalizar la IC, sino que se requiere un tratamiento específico dirigido a cada una de las dimensiones de la alteración de la IC.

Teniendo en cuenta todo ello, uno de los objetivos de este trabajo es evaluar el tipo de distorsiones cognitivas relacionadas con la imagen corporal que presenta la muestra objeto de estudio. Además, se analiza cambio de la IC antes y después de determinados módulos del tratamiento cognitivo-comportamental en un estudio

de series de casos. Por último, se analiza la opinión del tratamiento recibido hasta el momento para valorar aspectos de utilidad clínica.

2. Marco teórico del estudio

A continuación, se mencionan los aspectos más relevantes que componen el marco teórico en el cuál se enmarca el estudio llevado a cabo. Se introduce el concepto de imagen corporal, se continúa resaltando la importancia de dicho concepto en los TCA, y finalmente se revisan los tratamientos psicológicos de elección existentes para los TCA y la distorsión de la imagen corporal.

2.1 Concepto de imagen corporal y cómo se forma

El concepto de imagen corporal tiene una larga tradición.

A principios del siglo XX, lo que actualmente se conoce como imagen corporal, recibía distintos términos como esquema corporal, percepción corporal, apariencia corporal y concepto corporal, que eran utilizados de manera indistinta.

Las primeras referencias a la imagen corporal, y alteraciones asociadas, se hallan en los trabajos médicos sobre neurología de principios del siglo XX.

El conocido neurólogo Pick (1922) indicaba que cada persona desarrolla una "imagen espacial" del cuerpo, imagen que es una representación interna del propio cuerpo a partir de la información sensorial.

Otro autor importante es Henry Head (1926) el cual proponía que *"cada individuo construye un modelo o imagen de sí mismo que constituye un standard con el cual se comparan las posturas y los movimientos del cuerpo"*, y empezó a utilizar el término "esquema corporal".

Pero quizás el autor más importante en el desarrollo de la IC es Paul Schilder, quien en su libro *The Image and Appearance of the Human Body* (1935), propone la primera definición que se realiza sin recurrir a aspectos exclusivamente neurológicos, puesto que proponía que las alteraciones de la experiencia corporal causadas por daño cerebral necesitaban ser analizadas, además, dentro de un marco de referencia psicológico. En este libro definía la IC como *"la figura de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir, la forma en la cual nuestro cuerpo se nos representa a nosotros mismos"* (Schilder, 1950). Este autor es pionero en el análisis multidimensional del concepto de IC. Para él, la IC era un constructo que también reflejaba deseos, actitudes, emociones, cogniciones e interacciones con los demás. En sus investigaciones suscitó cuestiones acerca del

efecto que la socialización tiene sobre la IC, los efectos que en la IC tienen las bromas pesadas, sentirse feo, llorar, reír, la intimidad sexual o llevar determinada ropa (Cash y Pruzinsky, 1990).

Analizando las aportaciones de diversos autores, Pruzinsky y Cash (1990) proponen que realmente existen varias imágenes corporales interrelacionadas:

- Una imagen perceptual. Se referiría a los aspectos perceptivos con respecto a nuestro cuerpo, y podría parecerse al concepto de esquema corporal mental, incluiría información sobre tamaño y forma de nuestro cuerpo y sus partes.
- Una imagen cognitiva. Que incluye pensamientos, auto-mensajes, creencias sobre nuestro cuerpo.
- Una imagen emocional. Que incluye nuestros sentimientos sobre el grado de satisfacción con nuestra figura y con las experiencias que nos proporciona nuestro cuerpo.

Pruzinsky y Cash (1990) consideran que la imagen corporal que cada individuo tiene es una experiencia fundamentalmente subjetiva, y manifiestan que no tiene por qué haber un buen correlato con la realidad. Así pues proponen varias claves de la imagen corporal:

- a) Está compuesta de percepciones, pensamientos y sentimientos sobre el cuerpo y la experiencia corporal.
- b) Las experiencias de la IC están unidas a los sentimientos sobre el yo.
- c) Está determinada socialmente: el desarrollo de la imagen corporal se produce de manera paralela al desarrollo evolutivo y cultural de la persona.
- d) No es un constructo estático, es decir, los aspectos de nuestra experiencia corporal están continuamente cambiando.
- e) Influye en el procesamiento de la información: las personas que están muy preocupadas y temerosas por su aspecto físico, procesan la información de cualquier situación social en términos de la competencia del atractivo corporal, es decir, la forma de percibir el mundo está influenciada por la forma en que sentimos y pensamos sobre nuestro cuerpo.
- f) La IC influye en la conducta.

g) Es subjetiva y personalizada, de forma que no tiene por qué ser congruente con la realidad objetiva.

h) Las experiencias relacionadas con el cuerpo ocurren en distintos niveles de conciencia.

Thompson (1990) amplía el término de imagen corporal. Además de los componentes perceptivos y cognitivo-emocionales, ya mencionados antes, incluiría un componente conductual que se fundamentaría en qué conductas tienen origen en la consideración de la forma del cuerpo y el grado de satisfacción con él. Aquí se incluiría, por ejemplo, el hecho de evitar situaciones donde se vea el cuerpo desnudo o comprar ropas que simulen ciertas partes del cuerpo.

Otros autores como Slade (1994), centran su explicación más en una representación mental, la cual se origina y modifica por diversos factores psicológicos, individuales y sociales, la define así: *“la imagen corporal es una representación mental amplia de la figura corporal, su forma y tamaño, la cual está influenciada por factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos que varían con el tiempo”*

Definiciones más recientes consideran la imagen corporal como *“un constructo multidimensional que refleja una representación mental de la apariencia física del propio cuerpo e incluye aspectos perceptivos, cognitivos y afectivos e influyen en el comportamiento”* (Pruzinsky & Cash, 2002).

Por otra parte, Cash (2004) también aporta una nueva definición en la que considera la IC como una *“experiencia psicológica multifacética de realización”* que abarca pensamientos evaluativos, creencias, sentimientos y comportamientos relacionados con la propia apariencia física.

Como se ha podido ver, la imagen corporal es un concepto complejo en el que están involucrados múltiples factores. Se pueden distinguir dos tipos de influencias en la formación de la imagen corporal:

- a) Influencias del pasado: son las experiencias del pasado que condicionan la forma en que nos vemos.
- b) Influencias del presente: son las experiencias diarias que afectan directamente a cómo sentimos y vemos nuestro cuerpo.

De acuerdo con algunos autores, las influencias del pasado son de tres tipos (Perpiñà, Botella y Baños, 2000):

- "Mi apariencia física. Mi cuerpo": nuestro cuerpo forma parte de nuestra conciencia como individuos, es decir, nos delimita como personas independientes del resto de objetos y seres del mundo y, a su vez, es el medio a través del cual nos relacionamos con el resto del mundo.

- "La sociedad y la familia": desde que nacemos nos llegan mensajes desde los medios de comunicación acerca de los modelos ideales, de lo que es "bueno" y lo que es "malo" y así también en cuanto al peso, la musculatura, la altura, e incluso cuál es la imagen corporal unida al éxito y a la belleza. Nuestra familia y amigos también son un factor importante, principalmente por los valores que nos inculcan. Por otra parte, el aspecto físico es el tema más común de las "bromas" que se dan entre los niños durante su infancia. Al llegar a la pubertad, en nuestro cuerpo se producen transformaciones que lo preparan para convertirse en un organismo adulto, está en continuo tránsito. En esta época estamos muy preocupados por estos cambios y por cómo las personas que nos rodean los juzgarán.

- "Mi personalidad, forma de ser": ante un determinado aspecto físico se puede elegir bien dejar que nos invada la preocupación e insatisfacción, o bien podemos mejorar la forma de vernos y sentirnos.

Debido a las experiencias comentadas anteriormente, las personas hemos ido aprendiendo una serie de cosas sobre nuestro aspecto, a pensar de una forma determinada sobre él. Sin embargo, esta apreciación no es siempre correcta.

Una vez que se han creado esos supuestos básicos (las creencias y valores con respecto a qué es un cuerpo perfecto, qué es lo que significa, si somos o no "propietarios" de ese ideal corporal o estamos alejados de él), ellos guiarán nuestro comportamiento, sobre todo en aquellas situaciones que consideremos importantes o en las que nos sintamos amenazados. Esos acontecimientos que funcionan como "situaciones de alto riesgo" para activar los supuestos básicos, suelen estar relacionados con llevar cierta ropa, exhibir nuestro cuerpo, etc. En estas situaciones se suele comparar nuestra IC con la IC ideal. Si la IC se distancia demasiado de esa IC "ideal", aparece un "diálogo interno con nuestro cuerpo" lleno de pensamientos y emociones negativas. De esta forma acabaremos viéndonos peor de lo que somos produciendo consecuencias que nos causan una IC negativa. Una vez este patrón se ha establecido funciona como un círculo vicioso. En principio, se puede pensar que el disimular alguno de nuestros rasgos, el evitar determinadas situaciones nos sirve para resolver el malestar momentáneo. Pero lo que ocurre es que se está manteniendo la IC negativa. Estas "estrategias" sirven para salir del paso pero no

nos damos la oportunidad de comprobar si la manera que tenemos de pensar sobre nosotros está ajustada a la realidad.

Una IC negativa tiene tanto consecuencias cognitivo-afectivas (la valoración que se hace de sí mismo la persona depende totalmente de su apariencia física y por tanto repercute en la autoestima) como consecuencias conductuales (la IC negativa puede modificar el comportamiento y los hábitos, evitando situaciones sociales, ocultando el cuerpo, comparando, comprobando y evitando mirarse al espejo). Cuando se está convencido de que la única forma de mejorar la IC es mejorar el aspecto físico, no es extraño que se empiece a llevar a cabo cosas con ese único objetivo. El primer paso es aprender que es la imagen (lo que sentimos, lo que valoramos) de nuestro cuerpo lo que nos hace infelices, no el cuerpo en sí mismo. Por tanto, para cambiar la IC negativa no basta con eliminar o modificar aquellos aspectos que nos disgustan, sino que lo realmente importante es lo que pensamos sobre él y la forma de valorarnos.

2.2 La imagen corporal en los trastornos alimentarios

En relación a la psicopatología de los trastornos alimentarios, tema central en este trabajo, es importante destacar que según Habermas (1989), Charcot fue el primero en reconocer la presencia de la preocupación por el cuerpo y la imagen corporal en la anorexia. Otros autores como Crisp, Palmer y Kalcy (1976), Russell (1979) o Bruch (1962) acabaron de asentar que la característica esencial de la anorexia nerviosa era alcanzar la delgadez y mantenerla con terquedad (Perpiña et al, 2000). Concretamente, Bruch (1962), en la década de los 60, proponiendo los rasgos psicopatológicos de las pacientes anoréxicas, puso de manifiesto por primera vez la importancia de una alteración de la imagen corporal en dicho trastorno. A partir de ese momento se adquirió conciencia en el mundo científico de la necesidad de saber qué es la imagen corporal y cuáles podrían ser las técnicas de evaluación para “apresarla”.

El DSM-IV reconoce las alteraciones de la imagen corporal como característica esencial tanto de la anorexia como de la bulimia, y es que estas alteraciones no solo forman parte de los criterios diagnósticos de los trastornos alimentarios, sino que como afirma Rosen (1990), son lo que principalmente distinguen a estos trastornos de otras condiciones en las que también se presentan alteraciones en la ingesta y oscilaciones en el peso, siendo la base de su diagnóstico diferencial.

Las pacientes con trastornos alimentarios especialmente tienen problemas con cómo representan, evalúan, sienten y viven su cuerpo (Perpiñà, Botella y Baños, 2000). El cuerpo se ha convertido en el valor más importante que tienen como personas, lo que pone de manifiesto una de las características psicopatológicas básicas de estos trastornos, su idea sobrevalorada de adelgazar.

En la imagen corporal podemos distinguir dos aspectos: las características físicas del cuerpo y las características afectivo-cognitivas, es decir, los sentimientos que nuestro cuerpo nos suscita. Las características físicas están, además, sujetas a las valoraciones subjetivas que una persona hace en una determinada cultura. Nuestras características físicas y sobretodo el valor que les damos, determinan no sólo cómo nos vemos sino también cómo nos sentimos con respecto a nosotros mismos. Así pues, diferentes estudios apoyan que dos de cada cinco mujeres y uno de cada tres hombres no están satisfechos con su apariencia física. Estudios posteriores han encontrado que el 48% de las mujeres adultas tienen una valoración negativa sobre su apariencia, el 63% no están satisfechas con su peso y el 49% están preocupadas por el sobrepeso (Cash y Henry, 1995). Las partes menos satisfactorias son: el pecho, la cadera, la cintura, la tripa, los muslos, las nalgas y el peso. En las actualizaciones de estos estudios, la insatisfacción con el propio aspecto ha empeorado en ambos sexos (Cash y Hrabosky, 2004).

Como se viene expresando en párrafos anteriores, la imagen que uno tiene de sí mismo es una visión desde dentro de su apariencia física. Esta visión o percepción de la imagen corporal puede ser satisfactoria o por lo contrario producir malestar, es lo que se llama insatisfacción corporal. Este malestar por su evaluación estética subjetiva constituye probablemente el principal factor que precede a las decisiones de adelgazar y que puede degenerar en el inicio de la mayor parte de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). *“En el contexto de los TCA, la insatisfacción corporal es consecuencia de la discrepancia existente entre cuerpo percibido y cuerpo ideal”* (Toro, 2004, pp. 181).

Así pues, esta característica tan importante de los trastornos alimentarios, como es la distorsión de la imagen corporal, se manifiesta en: distorsión perceptiva, distorsiones de la información que el cuerpo nos da sobre el organismo y características afectivo-cognitivas (reacciones negativas hacia el propio cuerpo, comparaciones imposibles y baja autoestima ligada al aumento de peso).

Cuando la IC está distorsionada pueden aparecer alteraciones en la apreciación de la estimación del tamaño del cuerpo o de alguna de sus zonas. En este sentido, los datos indican que hay una mayor distorsión perceptiva en las

pacientes con TA que en la población normal, concretamente la distorsión perceptiva media encontrada en población clínica excedía el 73% de la de los controles (Cash y Deagle, 1997). También hay que destacar que estas pacientes son incapaces de reconocer un estado de delgadez extrema, ni reconocen en su cuerpo la anormalidad de su peso.

Toda esta insatisfacción se expresa mediante pensamientos acerca de su cuerpo global o ciertas partes de éste y, este patrón de pensamientos automáticos negativos hacia el cuerpo y la apariencia física se mantiene, a su vez, por comportamientos de evitación y por errores cognitivos (Cash, 1995).

De las tres dimensiones que componen el concepto de imagen corporal (perceptivo-actitudinal-conductual), el componente cognitivo ha sido uno de los más olvidados a la hora de llevar a cabo investigaciones.

Partiendo de la premisa de Ellis “sentimos tal y como pensamos”, para explicar que según interpretemos los hechos y los acontecimientos así nos sentiremos y actuaremos, autores como Cash (1996), a lo largo de su obra han insistido en la importancia de no olvidar el papel que las cogniciones pueden estar jugando a la hora de hablar de las alteraciones de la imagen corporal. En este sentido, a todos nos ha pasado tener la sensación de vernos “bien” o “muy mal” según sea nuestro estado de ánimo, lo que demuestra que cómo nos sentimos con nuestro cuerpo es incluso más importante que nuestro cuerpo en sí (Raich, 2000). De esta forma, Cash (1991) elaboró una lista con los doce errores cognitivos más frecuentemente asociados a la apariencia física.

Los errores cognitivos pueden conceptualizarse como pensamientos automáticos que intervienen en la interpretación de la realidad y en la previsión de un futuro personal; en este sentido recuerdan mucho a las distorsiones o errores cognitivos de Beck o a las creencias irracionales de Ellis (Raich, 2000), ya que también median entre los acontecimientos vividos y las respuestas o conductas de la persona. Para Cash (1991) los pensamientos automáticos más frecuentes son:

1. *La bella o la bestia*: todos los pensamientos son dicotomías blanco/negro, es decir, no hay puntos intermedios.
2. *El ideal irreal*: implica evaluarse a partir de un ideal estándar imposible.
3. *La comparación injusta*: consiste en compararse con gente más atractiva que nosotros.
4. *La lupa*: cuando se exagera la importancia de un aspecto de nuestra apariencia que no nos gusta.
5. *La ceguera mental*: consiste en minimizar nuestros aspectos favorables.

6. *La expansión de la fealdad*: implica la generalización de la insatisfacción corporal a otras características.
7. *El juego de culpa*: cuando se atribuyen acontecimientos negativos a determinados aspectos de la apariencia que nos disgustan.
8. *Leer (mal) la mente*: es la creencia de que el resto de la gente me ve como yo me veo.
9. *Predecir la desdicha*: implica esperar que un aspecto físico negativo tendrá consecuencias futuras.
10. *La atadura de la belleza*: cuando se restringe el comportamiento debido a nuestra apariencia.
11. *Sentirse feo*: si una interpretación personal se toma como certeza absoluta.
12. *El espejo malhumorado*: consiste en encauzar el mal humor por cualquier cosa y dirigirlo a criticar la apariencia de uno.

Si bien en la población normal también está presente la insatisfacción con el propio cuerpo, Cash y Deagle (1997) pusieron de manifiesto que lo que más diferenciaba a la población clínica de los sujetos controles, más aún que el grado de distorsión, eran las actitudes negativas hacia el cuerpo, la insatisfacción con éste, con el peso y la figura. Concretamente, las pacientes con Bulimia Nerviosa (BN) presentaban incluso más actitudes negativas hacia la IC que en la Anorexia Nerviosa (AN).

Si se tienen en cuenta los TCA en comparación con el trastorno dismórfico corporal (TDC) en el que también existe una alteración de la IC, en estos últimos aparece un mayor deterioro de la imagen corporal que los pacientes con trastornos alimentarios (Hrabosky, Cash, Veale, Neziroglu, Soll, Garner, Strachan-Kinser, Bakke, Clauss, & Phillips, 2009). En concreto, los autores encontraron que existen diferencias clínicas relevantes entre estos trastornos. Los tres (AN, BN y TDC) se caracterizan por niveles similares de insatisfacción con la IC, malestar y mayor grado de alteración que los sujetos controles, pero los TA y el TDC difieren en el foco específico de insatisfacción y preocupación (mientras que los sujetos con AN y BN presentaban mayores niveles de preocupación e insatisfacción con su peso, mayor insatisfacción con todos los atributos evaluados sobretodo la cintura y el estómago que las controles y que TDC, las pacientes con TDC presentaban mayor insatisfacción con la parte inferior del torso y el tono muscular así como insatisfacción facial).

Otros autores como Cash y Deagle (1997) encontraron que las pacientes con TCA tienen mayores discrepancias en el self ideal que los sujetos sin TCA y ponen

excesivo énfasis en el peso y la apariencia para autoevaluarse. Para estos autores los trastornos de la IC en los TCA deben ser entendidos como prejuicios en el procesamiento de la información, en la atención, la memoria, e interpretación selectiva o juicio. La sobreestimación de la talla corporal reflejaría un prejuicio cognitivo, más que perceptivo.

Por su parte, Espina, Ortego, Ochoa de Alda, Yenes, y Alemán (2001) concluyen que las pacientes con AN y BN no difieren en su distorsión perceptiva pero sí en las actitudes hacia la IC, es decir, las pacientes con BN presentan mayor insatisfacción en la apariencia global y en el peso-figura.

En este sentido, Sepúlveda, Botella, y León (2001) proponen que las actitudes y las creencias sobre uno mismo son las que muestran una asociación más estrecha con la insatisfacción corporal. Sus resultados demuestran que los pacientes con TCA tienen una mayor alteración de la IC si se emplean medidas actitudinales que si se emplean medidas perceptivas. Es decir, las medidas actitudinales de la IC originaron mayores tamaños del efecto que las medidas perceptivas.

Un aspecto que también llama la atención en los TCA es la importancia de la apariencia física en la valoración global de la persona y en su autoestima (Raich, 2000). Ser delgado/a es el único aspecto importante en el autoconcepto de las personas que padecen este problema. Por tanto, aunque las personas afectadas con TCA no son las únicas que tienen una IC negativa, en ellas la preocupación por la apariencia les produce una mayor interferencia.

Para finalizar, es importante mencionar que las alteraciones de la IC también están presentes, en distintos grados, en la población normal. Este hecho no es de extrañar ya que, como se ha comentado anteriormente, la IC es un constructo subjetivo que va formándose a través de las claves culturales y sociales. El principio básico de la perspectiva sociocultural es que los valores culturales influyen en los valores individuales y los comportamientos. Las culturas occidentales valoran el atractivo físico y esta valoración influye en como los miembros de esa cultura piensan y actúan hacia las personas que se alejan de ese atractivo (Cash y Pruzinsky, 2002). En la cultura occidental se favorece que la mujer se sienta incómoda con ciertas tallas lo cual provoca el desarrollo de una IC desacreditada en un porcentaje muy elevado de mujeres. De ahí que la mayoría de los estudios (Barry y Grilo, 2002; Wildes y Emery, 2001) concluyan que las mujeres jóvenes caucásicas sean las más susceptibles a presentar un TCA. En este sentido, en los Estados Unidos, mujeres afroamericanas, hispanas y nativas americanas, a pesar

de tener una media de peso corporal elevada, están más satisfechas con sus cuerpos que las mujeres caucásicas (Cash y Pruzinsky, 2004). Sin embargo, la occidentalización o extensión de valores y creencias occidentales se ha propuesto como un factor fundamental en el desarrollo de TCA en otras culturas (Becker, 2007). En este sentido, Markey (2004) propone un modelo tripartito de actuación de la cultura sobre los TCA en el que ésta actúa sobre tres pilares: conducta alimentaria, imagen corporal ideal y percepciones de salud y enfermedad. Estas tres áreas actuarían, a su vez, como factores de vulnerabilidad para el desarrollo de trastornos alimentarios. La acción cultural sobre la IC se refleja en la apropiación que el ser humano realiza del cuerpo y su representación para construirse una identidad individual, social y étnica. De esta forma, la apariencia corporal es transformada a través de vestimentas y adornos que comunican mensajes acerca del estatus y el rol.

Con todo ello podemos decir que los TCA son “Síndromes Asociados a la Cultura” (Vandereycken y Hoek, 1992), en el sentido de que no se desarrollan fortuitamente en la población universal, al contrario, su existencia está limitada a ciertas culturas.

2.3 Tratamientos de los Trastornos Alimentarios e Imagen Corporal

Los trastornos alimentarios pueden tener consecuencias médicas graves, por lo que, teniendo en cuenta esta situación no es de extrañar que los esfuerzos terapéuticos se hayan centrado principalmente en la estabilización del peso y en los patrones de alimentación, quedando los aspectos de la imagen corporal relegados a un lugar secundario. Sin embargo, las alteraciones de la imagen corporal no solo forman parte de la psicopatología y de sus criterios diagnósticos, sino que tienen un papel fundamental en el inicio y mantenimiento del trastorno alimentario, además de ser uno de sus factores de recaída y pronóstico. Esta “urgencia clínica” ha llevado a que existan pocos trabajos acerca de la imagen corporal y su integración en el marco general terapéutico como un componente específico de tratamiento.

En este sentido, Cash y Grant (1996) llevan a cabo una revisión de la literatura existente en esta temática y destacan las siguientes conclusiones:

- a) Hay pocos estudios que incluyan específicamente un componente de IC.
- b) Aún cuando uno de los objetivos de tratamiento es la imagen corporal, se le presta muy poca atención, llegando a dedicarle una o dos sesiones.
- c) A los pacientes no se les asignan tareas centradas en ese componente.

d) Se suelen utilizar medidas de cambio limitadas a una única escala de insatisfacción con la figura/peso.

e) No se valora la significación clínica de los cambios obtenidos en el tratamiento.

f) Normalizar los patrones de alimentación y peso, no garantiza la normalización de la imagen corporal. Por tanto, parece improbable que la imagen corporal mejore sin una intervención directa y específica.

Si se hace una revisión de los tratamientos de las alteraciones de la IC se aprecia que antes de la década de los 80 había muy pocos estudios sobre la eficacia de estos tratamientos. Sí que existían trabajos sobre la IC en el Trastorno Dismórfico Corporal (Rosen, Orosan y Reiter, 1995) y en pacientes obesas (Rosen, Saltzberg y Srebnik, 1989), donde los tratamientos cognitivo conductuales (TCC) habían puesto de manifiesto su eficacia para la mejora de la IC.

Entre los estudios existentes en cuanto a la eficacia de los distintos tratamientos de los TCA se puede concluir que *“la TCC es significativamente más efectiva, o al menos tan efectiva, como cualquier forma de psicoterapia con la que se ha comparado”* (Fairburn, 2002). Sin embargo y, a pesar de la gran eficacia para el tratamiento de la BN, se ha encontrado que hay una proporción significativa de pacientes que no responden totalmente al tratamiento, al menos un 50% de las pacientes no eliminan los atracones y los vómitos. Del resto, algunos muestran una mejoría parcial, mientras que otros no obtienen ningún beneficio (Wilson y Fairburn, 1998). En estudios de metaanálisis (Lundgren, Danoff-Burg y Anderson, 2004) se ha puesto de manifiesto que cuando se realiza un análisis de la eficacia de la TCC para la BN, desde una perspectiva del cambio clínicamente significativo, ésta produce resultados mínimos o moderados. En concreto, se encontró mayor cambio clínicamente significativo en las variables más conductuales (atracones, vómitos y conductas restrictivas) pero no así en actitudes hacia la comida, hacia el cuerpo, ni en la autoestima.

Para estos casos en los que los pacientes no se benefician totalmente del tratamiento cabe la posibilidad de incluir otros componentes de tratamiento que también son muy relevantes en los TCA, es decir, trabajar con la imagen corporal (Perpiñá, Botella y Baños, 2000).

Varios estudios han puesto de manifiesto que la IC es uno de los factores de pronóstico más importante, tanto en el tratamiento de la anorexia como de la bulimia nerviosa. Rosen (1996) afirma que la restauración del peso y la reducción

de la patología alimentaria no garantizan por sí mismas la disforia corporal. De todos los factores psicológicos que causan los TA, la insatisfacción con el cuerpo es el antecedente más evidente. De hecho, la persistencia de la insatisfacción corporal después del tratamiento de los TA es un predictor de recaída en BN (Fairburn, Peveler, Jones, Hope y Doll, 1993). Además, estudios longitudinales entre las poblaciones de riesgo han encontrado que la IC es lo que más predice las fluctuaciones en los síntomas de los trastornos alimentarios a lo largo del tiempo. Otras variables, como la psicopatología, el estrés o los problemas familiares también están asociados con los síntomas pero no predicen tanto el tener un trastorno de la alimentación después de controlar la imagen corporal (Striegel-Moore, Silberstein, Frensch & Rodin, 1989).

La importancia que tiene la alteración de la IC en el mantenimiento de los TCA se observa en muchos pacientes que, en un momento del tratamiento parecen motivados para iniciar su recuperación, pero encuentran dificultades para mantener un peso normal debido a la alteración de la IC, lo que impide el avance en el tratamiento. Además, estudios de seguimiento a pacientes con AN y BN que restablecieron su peso corporal y cesaron sus atracones y vómitos muestran que alrededor de uno a dos tercios de estos casos de éxito siguen preocupados excesivamente por su apariencia física (Rosen, 1996).

Por todo ello, hay suficiente evidencia para afirmar que las alteraciones de la IC pueden generar un desgaste del tratamiento y que su persistencia es un potente predictor de recaídas (Rosen, 1997).

En una revisión llevada a cabo por Rosen (1990) se encontró que la mayoría de los tratamientos que se disponen para los TCA no evalúan ni tratan la IC (solo un tercio lo hacen) y, en los que la IC es un objetivo de tratamiento, no se evalúa como afecta la terapia en la IC de las pacientes. En definitiva, hay pocos trabajos hasta este momento que aborden con profundidad el tema del tratamiento de la IC en los TCA; de los pocos que hay, éstos tienen importantes limitaciones metodológicas (no disponen de grupos control, no utilizan medidas adecuadas de IC, no describen con precisión el tipo de intervención que se realiza sobre la IC) por lo que resulta difícil extraer conclusiones claras de estos trabajos (Rosen, 1996).

Los primeros programas de tratamiento para las alteraciones de la IC que se llevaron a cabo fueron los de Butters y Cash (1987) y Rosen, Saltzberg y Srebnik (1989).

El primer programa de tratamiento fue la TCC para la IC negativa y estaba dirigido a una población subclínica que presentaba alteraciones de la IC. El tratamiento incluía contenidos tales como psicoeducación, técnicas de desensibilización sistemática en imaginación y en vivo, técnicas cognitivas, técnicas de dominio y agrado relacionadas con el cuerpo, técnicas de inoculación del estrés y estrategias de prevención de recaídas (Butters y Cash, 1987). Posteriormente, Cash y Grant (1996) estudiaron la eficacia de este tratamiento con dos condiciones (autoayuda mediante cintas de audio con un contacto mínimo con el terapeuta y terapia grupal) y sus resultados mostraron una mejoría significativa en ambas condiciones en las medidas de satisfacción con el cuerpo, así como una reducción en la evaluación negativa de la IC y de las situaciones sociales evitadas.

El segundo programa (Rosen et al., 1989) fue elaborado originariamente para el tratamiento de la IC negativa en una población normal (estudiantes universitarios) pero con puntuaciones altas en medidas de IC negativa. El tratamiento era grupal y el contenido de las sesiones era similar al programa anterior: psicoeducación, ejercicios de estimación y corrección de la propia figura y el peso, técnicas cognitivas, técnicas de exposición en vivo a situaciones relacionadas con el malestar con la IC y prevención de recaídas. Los resultados mostraron que la TCC era más efectiva que la terapia no directiva en la mejora de cambios en la IC y se produjo una mejoría clínicamente significativa de las alteraciones de la IC que se reflejó en las tres dimensiones de ésta (perceptiva, cognitiva y conductual).

Viendo todos estos resultados, podría decirse que la TCC para la mejora de la IC ha resultado eficaz en la reducción de la insatisfacción con el cuerpo en poblaciones sin TCA (con insatisfacción corporal, obesos...). Además, las TCC para el tratamiento de la IC también han demostrado su eficacia para mejorar los aspectos cognitivos, afectivos, perceptivos y conductuales de la IC (Rosen et al., 1989).

Los resultados anteriores ponen de manifiesto que la inclusión de componentes de tratamiento de la imagen corporal en los programas de la TCC obtiene resultados positivos. Por tanto, estas técnicas podrían utilizarse para modificar las alteraciones de la IC en los TA (Cash y Hrabosky, 2003). Sin embargo, ningún estudio se había dirigido hasta entonces al tratamiento de la IC en los TA usando la TCC propuesta por Cash y Butters (1989) y Rosen et al (1989), a pesar del apoyo empírico que estos programas habían recibido.

A este respecto, Rosen (1996) propone que la práctica actual de los trabajos de la imagen corporal podría fortalecerse: a) abordando situaciones angustiantes relacionadas con la imagen corporal más allá de las relacionadas con la alimentación; b) Utilizando intervenciones comportamentales como la exposición con prevención de respuestas; y, c) Focalizando las actitudes y comportamientos sobre la IC durante el tratamiento.

Cash y Grant (1996) concluyeron que los tratamientos farmacológicos, la terapia interpersonal y la terapia psicodinámica no son eficaces para la mejora global de la IC. Por su parte, Thompson, Heimberg y Clark (1996) afirman que la mayoría de los estudios que utilizan una intervención cognitivo-conductual, han incluido un componente para el tratamiento de la IC, sin embargo, la intervención es demasiado minimalista. Según resaltan varios autores, *“hasta donde nosotros sabemos, no hay ningún estudio que haya comparado hasta ahora TCC con y sin un componente de tratamiento de IC en pacientes con AN y BN”* (Cash y Hrabosky, 2004, p.520)

En los últimos años, el interés por el estudio de la imagen corporal y su tratamiento en el abordaje de los TCA ha ido creciendo. Recientemente se han realizado estudios que comparan diferentes técnicas para abordar la IC en los trastornos alimentarios. Este es el caso de Luethcke, McDaniel, y Black Becker (2011). En su estudio estos autores compararon diferentes versiones de la exposición al espejo (intervención específicamente diseñada para tratar la alteración de la IC) como son: la exposición al espejo basada en la disonancia cognitiva (Stice & Presnell, 2007), la exposición basada en el mindfulness (Delinsky & Wilson, 2006) y la exposición neutra o sin prejuicios cognitivos (Hilbert, Tuschen-Caffier, & Vögele, 2002). Los resultados indican que los tres tipos de exposición al espejo mejoran la evitación corporal, la comprobación, la depresión, la preocupación por la figura y el peso y la patología del TA, es decir, reducen los factores de riesgo del trastorno alimentario, pero solo la basada en disonancia cognitiva mejora la insatisfacción corporal a lo largo del tiempo.

Por tanto, el enfoque positivo (disonancia cognitiva) sería superior al enfoque neutral (mindfulness y no enjuiciamiento), contrariamente a la hipótesis inicial que esperaban los autores. Además, muchos son los estudios que también han documentado la efectividad de este tipo de programas basados en la exposición con disonancia cognitiva en la reducción de los factores de riesgo para los TA (Stice, Shaw, Becker, & Rhode, 2008).

Otros estudios actuales sobre eficacia y efectividad de la TCC en la IC en poblaciones con TCA (Bhatnagar, Wisniewski, Solomon, & Heinberg, 2013) demuestran que la TCC (por sí sola, sin componente específico para la IC) es exitosa en la disminución de la alteración de la IC, con diferencias significativas entre los grupos que la recibieron y los que no, a favor de aquellos que sí recibieron el componente específico de IC. La única dimensión de la IC que no mostró diferencias significativas entre grupos fue la relevancia motivacional, es decir, la medida en que los individuos se centran en su apariencia física y llevan a cabo comportamientos excesivos de aseo personal. Esto se debe, según los autores, a que los comportamientos de relevancia motivacional tienen menos significación clínica que otras dimensiones de la IC en la línea base.

No obstante, los resultados recientes indican que la TCC dirigida a la IC es más efectiva que la TCC que no lo hace.

3. Objetivos

Los objetivos de este trabajo de investigación acerca de la imagen corporal son los siguientes:

1. Evaluar las principales distorsiones cognitivas asociadas a la imagen corporal de acuerdo con la clasificación propuesta por Cash (1991) y Borra (2002) en la muestra de pacientes empleada en el estudio.
2. Evaluar las modificaciones que se producen en la imagen corporal tras la aplicación de los componentes de un tratamiento cognitivo-comportamental para los trastornos de la conducta alimentaria en un estudio de series de caso.
3. Evaluar la opinión y satisfacción con los componentes de un tratamiento cognitivo-comportamental para los trastornos de la conducta alimentaria, para aproximarnos a la utilidad clínica del tratamiento recibido.

4. Método

4.1 Participantes

La muestra está compuesta por 5 pacientes, todas ellas mujeres, con dobles diagnósticos que incluyen TCA y Trastornos de Personalidad (TP). La edad de esta población oscila entre los 27 y 57 años, siendo la media de edad de 40,20 y la desviación típica es de 12,79. También la muestra se caracteriza por tener una media de años de evolución de la patología de 18.40 años (DT 11.15) y un índice de masa corporal medio de 21.89 (DT 1.87), por lo que todas ellas se encuentran en normopeso actualmente. Presentan una gravedad de la patología de 53.40 (DT 6.10) que se traduce en gravedad moderada.

La muestra se ha extraído del Centro de Día para los Trastornos Alimentarios PREVI de Castellón. Los criterios de inclusión fueron: pacientes diagnosticadas de un TCA según los criterios del DSM-IV (APA, 1994) con alteración en la imagen corporal y asistentes al taller de imagen corporal del centro, previa estabilización del trastorno alimentario.

A continuación se hace una descripción detallada de cada una de las participantes incluidas en el estudio.

- Participante 1: Tiene 57 años, está casada y trabajaba de dependienta en una tienda de juguetes que regentaba, aunque actualmente está de baja laboral. En el eje I presenta un trastorno alimentario no especificado con episodios de restricción, atracones y vómitos de ocho años de evolución con mucha ingesta de laxantes y diuréticos. Además, presenta distorsión de la imagen corporal. Este funcionamiento no adaptativo se desencadenó a raíz de una depresión mayor. La paciente se dedicó durante muchos años al cuidado de un hermano enfermo que falleció 6 meses antes del fallecimiento de su propio padre y meses antes del inicio de su patología. Estos acontecimientos desestabilizaron a la paciente llevándola a sentimientos de culpa y falta de control, además de un duelo no resuelto con

deseos de muerte. Parece ser que la paciente pasó de un rol de cuidador a un rol de enfermo. En el Eje II presenta un trastorno histriónico de la personalidad y rasgos límites principalmente caracterizados por impulsividad. Ha llevado a cabo un intento de suicidio por el cual fue ingresada, aunque la familia refiere sobreingesta de medicación todas las navidades. Su IMC actual es de 21.6, por lo que se encuentra en normopeso y, por lo que se refiere a la escala de actividad global (EEAG) actual la paciente tiene un nivel de 50, es decir, sintomatología moderada-grave puesto que carece de actividad social, tiene ideación suicida y es incapaz de mantener un empleo.

- Participante 2: Tiene 36 años, está casada y trabaja de camarera. En el eje I presenta un trastorno alimentario no especificado caracterizado por una inestabilidad del peso y por una historia de episodios de AN purgativa, restrictiva y BN, así como alteraciones de la imagen corporal. Este problema se mantiene desde hace más de 20 años cuando la paciente tenía 15 años. Es en esta época cuando la paciente se ve sometida a continuas burlas por parte de sus iguales y por comentarios desafortunados de los adultos de su entorno, con ausencia de apoyo por parte de su madre. También presenta en el eje II rasgos de personalidad límite principalmente en lo que se refiere a la inestabilidad emocional (con ataques de ira), ausencia de tolerancia al malestar e impulsividad (reflejada en autolesiones, abuso de alcohol e impulsividad con la comida). Además también presenta rasgos paranoides importantes. También existe la presencia de obsesiones con la limpieza y, últimamente con la muerte, así como un patrón general de mucha ansiedad. No ha tenido ningún intento de suicidio ni tampoco ingresos hospitalarios. Su IMC actual es de 23.90 por lo que se encuentra en normopeso aunque su peso natural debería incluirla en sobrepeso. Por lo que respecta a la EEAG actual la paciente se sitúa en 55 con síntomas moderados.

- Participante 3: Tiene 27 años, está soltera y es técnico superior en educación infantil y farmacia. Actualmente está en el paro aunque cuida a dos niños pequeños todos los días. En el eje I presenta un trastorno alimentario que se inicia hace 10 años cuando muere su padre repentinamente. En aquel momento la paciente fue diagnosticada de bulimia nerviosa pero actualmente presenta anorexia nerviosa tipo restrictiva con algún vómito esporádico. En el eje II presenta un trastorno de la personalidad no especificado con rasgos límites (inestabilidad emocional, sentimientos de vacío e impulsividad con el alcohol), rasgos evitadores y rasgos obsesivo-compulsivos. Acudió a Previ hace unos años tras la recaída en el TA y por depresión tras la pérdida de su trabajo. Presenta además, una imagen

corporal muy negativa y distorsionada, sentimientos de vacío y un duelo no resuelto del padre, figura muy importante para ella y con el que mantenía una buena relación. Los problemas de IC de la paciente están presentes desde la infancia ya que la obesidad infantil que presentaba la hacía objeto de numerosas burlas por parte de sus iguales. Actualmente vive con su madre, con la que hay problemas de comunicación y se siente incomprendida. Nunca han existido intentos de suicidio aunque sí ideación y por lo que respecta a ingresos hospitalarios tampoco ha habido ninguno. Su IMC es de 19.8 por lo que se encuentra en normopeso. Presenta una EEAG de 45 por su sintomatología grave.

- Participante 4: Tiene 31 años, soltera y es técnico aparejador aunque actualmente está de baja laboral. Presenta un trastorno alimentario no especificado caracterizado por restricción alimentaria, purgas ocasionales, atracones subjetivos aunque no objetivos y distorsión e insatisfacción con la imagen corporal. Este problema se inició a los 14 años con una anorexia nerviosa purgativa que derivó en bulimia nerviosa purgativa. En el eje II presenta un trastorno límite de la personalidad caracterizado por una alta impulsividad (comida, ingesta de alcohol, autolesiones), miedo al abandono, problemas en las relaciones sociales, sentimientos de vacío y una marcada inestabilidad emocional. La paciente refiere que “desde pequeña no es normal”. En su día presentó problemas con el abuso de alcohol y un episodio depresivo mayor. La paciente ha presentado siete intentos de suicidio desde los 16 años aunque actualmente no presenta ideación suicida y tuvo un ingreso hospitalario voluntario.

Por lo que respecta a la historia del problema la paciente ha tenido una infancia complicada. Las malas relaciones familiares entre su abuela y su madre hicieron que esta última se centrara más en contentar a su madre que en cuidar a su propia hija, por lo que la paciente refiere que la abandonó. Su padre era muy rígido con ella con respecto a sus estudios e incluso estuvieron un año sin hablarse. Tiene una hermana menor con problemas físicos por lo que requería de mayores cuidados y que generó un problema de celos en la paciente. Toda esta situación le generó sentimientos de insatisfacción con su vida lo que le llevó a autolesiones y al inicio del TA. Además su pronto matrimonio y los problemas que se derivaron de éste (maltrato psicológico) exacerban la problemática de la paciente. Actualmente está separada y vive sola, su trastorno alimentario es intermitente, es decir, incrementa cuando el TLP se estabiliza. Su IMC actual es de 23.76 por lo que la paciente se encuentra en normopeso. Por lo que respecta a la EEAG la paciente se sitúa en 61, es decir, que presenta algunos síntomas leves pero en general funciona bastante bien e incluso tiene algunas relaciones interpersonales significativas.

- Participante 5: Tiene 50 años, está casada y es técnico de farmacia aunque desde hace algunos años tiene una incapacidad laboral total debido a su problema psicológico. Actualmente presenta en el eje I bulimia nerviosa purgativa aunque el trastorno alimentario ha pasado por fases de anorexia nerviosa purgativa en sus más de 30 años de evolución (se inició a los 14 años). En la actualidad no presenta atracones objetivos aunque sí sobreingestas y vómitos. La paciente no es capaz de llevar a cabo un patrón alimentario normalizado e ingiere diuréticos. Por lo que respecta al eje II la paciente presenta un trastorno de la personalidad no especificado caracterizado por rasgos muy dependientes y límites que se caracterizan por miedo al abandono, impulsividad con la ingesta de diuréticos, alcohol, sobreingesta de alimentos y compras compulsivas, sentimientos de vacío crónicos, deseabilidad social, pobre manejo y expresión emocional, falta de asertividad, relaciones de dependencia y manipulación y ocultación de información. A lo largo de su historia también ha presentado trastorno depresivo mayor y un trastorno por dependencia al alcohol, actualmente en remisión total. La paciente presenta 3 intentos de suicidio y 8 ingresos hospitalarios relacionados con problemas físicos resultado del TA.

En cuanto a la historia del problema se inició en la adolescencia en la que vivió una época caracterizada por la mala relación de la paciente con su madre y la competencia entre hermanos (se llevaban pocos años). En la actualidad su vida la dedica a su familia puesto que su marido tiene una afasia global resultado de un infarto cerebral. La relación entre ambos no es muy buena, “no es el hombre de quien me enamoré” refiere la paciente, el trato que le profesa no es muy adecuado, a la paciente le gustaría separarse pero se siente incapaz, cuando la situación empeora la paciente refiere ideación suicida, además carece de actividades reforzantes y está insatisfecha con su vida. Tiene dos hijos adultos que viven en casa y que no trabajan, situación que también le genera mucho malestar a la paciente. Su IMC actual es de 20.43 por lo que se encuentra en normopeso. La gravedad de la paciente medida a través de la EEAG refiere sintomatología moderada (56).

Tabla 1. Datos psicológicos.

	P1		P2		P3		P4		P5	
Eje I	TA	no especificado	TA	no especificado	AN	tipo restrictiva	TA	no especificado	BN	purgativa
Trastorno personalidad en el Eje II	Histriónico y rasgos límites.		Rasgos límites y paranoides.		No especificado con rasgos evitadores y obsesivo-compulsivos.		Trastorno límite de la personalidad.		No especificado con rasgos dependientes y límites.	
Años evolución	8		21		10		17		36	
Intentos suicidio	1		0		0		7		3	
IMC actual	21,6		23,90		19,8		23,76		20,43	
Gravedad	50		55		45		61		56	

4.2 Instrumentos

En esta investigación se han utilizado medidas de evaluación de la imagen corporal así como una medida sobre satisfacción con el tratamiento. Los instrumentos de imagen corporal son:

- *Cuestionario de actitudes hacia el propio cuerpo (Body Attitudes Test, BAT)*, (Probst, Vandereycken, Van Coppenolle y Vanderlinden, 1995). Es una escala que evalúa distintos aspectos de la insatisfacción con el cuerpo como son las actitudes, emociones y pensamientos hacia determinadas zonas corporales y del cuerpo en su totalidad. Se compone de 20 ítems que se puntúan en una escala tipo Likert de 5 puntos en la que 0 es "nunca" y 5 "siempre". La puntuación total oscila entre 0 y 100, siendo el punto de corte que distingue entre población general y población clínica de 36. Estos ítems se agrupan en tres factores principales: Apreciación negativa del tamaño corporal, pérdida de familiaridad con el propio cuerpo e insatisfacción corporal general. Así pues, evalúa un aspecto subjetivo de la imagen corporal, en concreto una alteración de las actitudes hacia el cuerpo. Aunque está inicialmente previsto para evaluar experiencia corporal y actitudes hacia el propio cuerpo en pacientes con TCA, también ha sido utilizado en población no patológica. Este instrumento ha demostrado adecuadas propiedades psicométricas. En estudios con población española el coeficiente de consistencia interna es de .92 y la fiabilidad test-retest .87 (Salvador, Quero, Baños, Perpiñá y Botella, 2004). También se han obtenido buenas correlaciones con el ASI (.67), BASS (.71), BIATQ (.78) y SIBID (.77).

- *Cuestionario de Evitación debida a la imagen corporal (Body Image Avoidance Questionnaire, BIAQ)*, (Rosen, Srebrik y Saltzberg, 1990). Este autoinforme es una medida de las conductas de evitación, activas y pasivas, relacionadas con la exposición a determinadas partes del cuerpo. Consta de 19 ítems que recogen los comportamientos llevados a cabo para controlar y disimular la apariencia, cada uno de los cuales se puntúa en una escala Likert que va de 1 "nunca" a 6 "siempre". La puntuación mínima es de 0 y la máxima 114. Los ítems se distribuyen a lo largo de 4 subescalas: BIAQ-ropa (modo de llevar la ropa o tendencia a usar ropas que disimulen el cuerpo), BIAQ-actividades sociales (evitación de situaciones sociales en las que la comida, el peso o la apariencia pueden convertirse en el foco de atención), BIAQ-comida (restricción en la ingesta) y BIAQ-chequeo (conductas de pesarse, arreglarse y mirarse en los espejos). Es, actualmente, la única medida del aspecto comportamental del Trastorno de la Imagen Corporal que se conoce (Williamson, Davis, Duchman, McKenzie, y

Watkins, 1990). Tiene una consistencia interna de .89 y una fiabilidad test-retest de .87.

- *Cuestionario de Pensamientos Automáticos de la imagen corporal (Body Image Automatic Thoughts Questionnaire, BIATQ)*, (Cash, 1991). Este cuestionario evalúa el componente cognitivo de la imagen corporal. Evalúa la frecuencia con la que la persona ha tenido pensamientos negativos o positivos sobre el aspecto físico en la última semana a través de 52 ítems agrupados en dos subescalas: pensamientos positivos (15 ítems) y pensamientos negativos (37 ítems). Cada pensamiento se puntúa de 0 (nunca) a 4 (siempre o casi siempre). Los pensamientos negativos indicarían una puntuación baja entre 0 y 17, mientras que por lo que respecta a los positivos se considera puntuación alta entre 32 y 60. Este cuestionario está validado en población española (Perpiñá et al., 2003) obteniendo una consistencia interna de .91, una fiabilidad test-retest de .91 y, en cuanto a la validez predictiva, discrimina entre pacientes y no pacientes y entre población general, subclínica y clínica (Perpiñá et al, 2003).

- *Inventario de Situaciones de malestar acerca de la imagen corporal (SIBID)*, (Cash, 1994). Es un instrumento que recoge las reacciones de malestar e insatisfacción con el cuerpo desencadenados por determinadas conductas, situaciones o contextos. Recoge 48 situaciones desencadenantes de malestar corporal y situaciones relacionadas con la IC (ejercicio, intimidad, arreglarse...) en las que la persona ha de juzgar la frecuencia con la que experimenta emociones negativas debido a su aspecto en dichas situaciones en una escala tipo Likert de 5 puntos donde 0 es nunca y 4 siempre o casi siempre. Es un instrumento válido a la hora de evaluar cambios terapéuticos (Cash y Grant, 1996). Las puntuaciones del instrumento en población española presentan una consistencia interna de .97 y una fiabilidad test-retest de .86.

- *Medida de distorsión de la IC*: Se trata de un método de evaluación perceptiva que va dirigido a analizar las diferencias que existen entre lo que el sujeto considera que mide su cuerpo o una parte de su cuerpo y la medición objetiva de éste. Así pues, en este caso se ha llevado a cabo un ejercicio de estimación de partes corporales en el que las pacientes deben estimar la anchura de una parte de su cuerpo, en este caso su cintura. Para ello, las pacientes han de hipotetizar la amplitud de esta zona usando un cordel. A continuación, se les pide que realicen una medida real de su cintura con otro cordel. Para calcular el porcentaje de distorsión se compara la medida real con la percibida, dividiendo la medida real por la percibida y esta diferencia multiplicarla por 100. Se considera

que existe una mayor distorsión en la medida cuando la diferencia de tamaño (el percibido y el real) es mayor.

- *Cuestionario de Opinión del Tratamiento*: Se trata de un instrumento de medida desarrollado para la investigación y que ha sido adaptado del Cuestionario de Expectativa de Borkovec y Nau (1972).

Este cuestionario está formado por 7 ítems sobre la utilidad, lógica, aversión, satisfacción, recomendación a otras personas y en qué medida ha ayudado a afrontar eficazmente otros problemas; que se puntúan con una escala tipo Likert de 10 puntos en la que 0 es "nada" y 10 "muchísimo". Además cuenta con un ítem dicotómico acerca del cumplimiento de las expectativas por parte del tratamiento y tres ítems formulados con una pregunta abierta sobre expectativas esperadas, mejoras en el paciente y comentarios adicionales.

4.3 Diseño

El diseño aplicado en este trabajo es una serie de casos.

4.4 Terapeutas

El taller fue llevado a cabo por una terapeuta y una coterapeuta. La terapeuta es especialista en psicología clínica (formación de máster) y cuenta con numerosa formación complementaria en cursos de metodología didáctica, tratamiento de los trastornos de la personalidad, psicología judicial, violencia de género, nuevas tecnologías aplicadas en psicología, entre otros.

Por lo que respecta a su experiencia profesional, ésta se ha dirigido principalmente al ámbito de la violencia de género como psicóloga en el centro de la mujer 24 horas, pero también ha formado parte de la Escuela de Terapeutas de Conducta, creación del Centro de Psicología Equilibrio y, actualmente, es psicóloga del Centro clínico psicológico PREVI.

La coterapeuta es diplomada en intervención multidisciplinar para los trastornos de la personalidad y posee un máster en Psicopatología, Salud y Neuropsicología. Además, cuenta con un curso de intervención en desastres. Profesionalmente ha trabajado en un colegio de educación especial como monitora y, actualmente es psicóloga del centro clínico PREVI.

4.5 Tratamiento

El programa de tratamiento para las alteraciones de la imagen corporal en los trastornos alimentarios que se ha aplicado en este trabajo surge del trabajo del equipo de Perpiñá et al. (1999), aunque se han incluido algunas modificaciones. A continuación se describen los componentes:

COMPONENTE 1: Psicoeducación

La psicoeducación cumple un papel muy importante puesto que las pacientes tienen una información incompleta y sesgada, y para favorecer el cambio de creencias y actitudes es importante incluir un componente psicoeducativo.

La psicoeducación es crucial tanto en la prevención primaria como secundaria. Con respecto a la primaria, se trata de informar de forma adecuada sobre los factores que contribuyen al desarrollo de un trastorno alimentario y sobre los aspectos por los que los individuos muestran interés y preocupación como el peso, la belleza, etc. Con respecto a la secundaria, se han de contemplar diferentes áreas como el peso, las dietas, la imagen corporal, las alteraciones cognitivas, etc.

Los tópicos que se trabajan en este componente son:

- Qué es el peso
- Qué es la belleza
- Qué es la IC
- Cómo se forma la IC negativa

COMPONONETE 2: Reestructuración cognitiva

Las pacientes con trastornos alimentarios tienen una idea sobrevalorada de adelgazar, tras la cual, existen un conjunto de distorsiones cognitivas que se manifiestan en errores de interpretación de la realidad. Estas personas desarrollan esquemas relevantes al yo en torno a la silueta y el peso, e influyen en la percepción, el pensamiento, la emoción y la conducta. Para ello se aplican estrategias de reestructuración cognitiva junto con los doce errores cognitivos (Cash, 1991) típicos de estas pacientes y que forman un peculiar lenguaje/diálogo corporal negativo. La estructuración de este componente sería de la siguiente forma:

- La importancia de los pensamientos
- Cómo rebatir los pensamientos. Reestructuración cognitiva ABC-D

- Qué son los errores cognitivos. Lenguaje corporal negativo

COMPONENTE 3: Exposición

El objetivo de este componente es que las pacientes dejen de evitar todas aquellas situaciones que han eliminado de sus actividades cotidianas y que les van produciendo cada vez más limitaciones, incluyendo la visión de su propio cuerpo y que mantienen su problema, además de interferir en su vida social y su autoestima. En este caso, además de aplicar la técnica de exposición, se ha trabajado las “conductas de seguridad”, es decir, la comprobación y el acicalamiento.

Con este componente las pacientes van a aprender a enfrentarse a las situaciones temidas y a tolerar las zonas de su cuerpo que no les gustan.

Así pues la estructura de este componente es la siguiente:

- Exposición (consecuencias de la evitación, ¿qué es la exposición?, cómo llevarla a cabo, manejo de la ansiedad y el malestar)
- Eliminación progresiva de las conductas de seguridad y comprobación
- Ejercicios de comprobación de la realidad: ensayos de conducta

COMPONENTE 4: Autoestima

Uno de los aspectos destacados en las pacientes con trastornos alimentarios es su “paralizante sentimiento de ineficacia que invade todo pensamiento y actividad” (Brunch, 1973). Así pues los contenidos de este componente son:

- Qué es la autoestima
- El papel del lenguaje en la autoestima
- ¿Cuáles son las consecuencias de poseer una baja autoestima?
- ¿Puede mejorarse la autoestima?
- Entrenamiento en autoestima

COMPONENTE 5: Aprendiendo a disfrutar del propio cuerpo. Técnicas de autoafirmación

Para una persona que ha perdido la comunicación con su cuerpo, es importante dejar de herirlo y reconciliarse con él. El objetivo es conseguir unas mejores relaciones con el propio cuerpo. Para ello se siguen una serie de pasos:

- Nuestro cuerpo y sus funciones
- Realizar actividades placenteras de IC
- Reconciliándose con el propio cuerpo

COMPONENTE 6: Prevención recaídas

Este componente es un elemento imprescindible en toda intervención ya que prepara la despedida del paciente de su terapeuta y de su supervisión. En este caso se trata de afianzar el sentimiento de eficacia de las pacientes, repasar los logros obtenidos y las dificultades que pueden presentarse en la recuperación. Los pasos a seguir son:

- Hacer un balance de lo conseguido con el tratamiento
- Situaciones que nos hacen vulnerables: conocer las situaciones de riesgo
- Diferenciar entre desliz, caída y recaída

Este tratamiento se ha puesto en marcha en algunas investigaciones con RV, sin embargo, en este trabajo se ha omitido el componente de realidad virtual ya que los componentes de exposición y distorsión de las partes del cuerpo en el centro de día se trabajan "en vivo".

4.6 Procedimiento

El proceso de selección de la muestra se realizó siguiendo los criterios de inclusión anteriormente mencionados: pacientes diagnosticadas de un TCA según los criterios del DSM-IV (APA, 1994) con alteración en la imagen corporal y asistentes al taller de imagen corporal del centro, previa estabilización del trastorno alimentario. Entre los criterios de exclusión se encontrarían tener un IMC de 16 o inferior y no tener el TCA estabilizado.

Los autoinformes que se utilizaron para evaluar a las pacientes se aplicaron en un orden aleatorio y fueron: el Cuestionario de actitudes hacia el propio cuerpo (BAT), Cuestionario de Evitación debida a la imagen corporal (BIAQ), Cuestionario de Pensamientos Automáticos de la imagen corporal (BIATQ), Inventario de Situaciones de malestar acerca de la imagen corporal (SIBID) y una medida de distorsión de la IC. Cada una de las pacientes de la muestra fueron evaluadas en sesiones individuales al inicio del tratamiento para tomar las medidas correspondientes de la percepción de la imagen corporal previa. Además, esta

misma evaluación se llevó a cabo tras los módulos de reestructuración cognitiva y exposición, con el fin de poder observar los cambios producidos tras estos componentes del tratamiento. Al finalizar estos módulos del tratamiento también se evaluó la satisfacción de las pacientes con los mismos a través del cuestionario de opinión mencionado. En este punto es importante mencionar que es un trabajo en curso por lo que se tomarán medidas al final del tratamiento que permitan analizar la evolución de la imagen corporal y su percepción en la finalización del tratamiento (actualmente en curso).

El tratamiento se llevó a cabo en grupo. El grupo estaba formado por cinco pacientes y fue desarrollado por dos terapeutas especializadas (una terapeuta y una coterapeuta) con una periodicidad semanal de una hora de duración con una duración estimada de 8 meses (actualmente en curso). Las pacientes continuaron durante el tratamiento en IC con su tratamiento farmacológico prescrito. El tratamiento fue siempre ambulatorio.

5. Resultados

Antes de exponer los resultados encontrados, es importante mencionar la variación en la muestra en el postratamiento. En el pretratamiento se contaba con cinco participantes pero una de las asistentes requirió de ingreso hospitalario al empeorar su gravedad clínica y otras dos abandonaron el tratamiento, una por razones laborales y otra por no querer continuar. Por las razones anteriormente mencionadas, finalmente, en el postratamiento solo contamos con la participante 2 y la 4, por lo que se mostrarán los datos de acuerdo a esta nueva situación.

5.1 Medidas de la muestra en imagen corporal en el pretratamiento.

Una vez recogidos todos los datos e introducidos en el ordenador, con ayuda del paquete estadístico SPSS versión 21.0, se llevaron a cabo los análisis estadísticos. Los resultados obtenidos se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 2. Resultados cuestionarios pre-tratamiento.

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4	Paciente 5	MEDIA	DT
BAT	79	81	82	73	61	75.2	8.67
SIBID	165	187	135	168	152	161.4	19.35
BIAQ	92	74	84	68	66	76.8	11.01
BIATQ	137	114	138	127	76	118.4	25.60

Nota: BAT, Cuestionario de actitudes hacia el propio cuerpo; SIBID, Inventario de situaciones de malestar acerca de la imagen corporal; BIAQ, Cuestionario de evitación debida a la imagen corporal; BIAT, Cuestionario de pensamientos automáticos de imagen corporal.

A continuación pasaremos a desglosar estos datos por cuestionarios para un análisis más detallado de las puntuaciones.

Tabla 3. Resultados en el Cuestionario de actitudes hacia el propio cuerpo (BAT) y medias en las subescalas en el pre-tratamiento.

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4	Paciente 5
Puntuación BAT total	79	81	82	73	61
Satisf y tam.corp	4.55	4.64	4.82	4.64	2.91
Ansiedad	4.17	4.67	4.83	3.33	4
Factor residual	4.67	3.33	3.33	2	3.67
Media Total	75.2				
Desviación típica	8.67				

Como se puede ver en la tabla, la paciente 1 muestra una puntuación superior a la media en el Cuestionario de Evitación Conductual (BAT). Ésta se considera una puntuación clínica puesto que el punto de corte para población española se sitúa en 36. Por lo que respecta al análisis por factores, la paciente 1 presenta la puntuación más elevada para el factor residual (4.67), compuesto por los ítems 6 (" Pienso que mi pecho es demasiado grande"), el 15 (" Mi apariencia física es muy importante para mí") y el 20 (" Observo mi aspecto en el espejo"). Seguidamente se encuentra el factor satisfacción y tamaño corporal (4.55) y, por último, el factor perteneciente a la ansiedad hacia el cuerpo (4.17).

Por lo que respecta a la segunda paciente, también ésta excede la puntuación media del grupo y se situaría en el cohorte de la población clínica. En cuanto al análisis de los factores, su puntuación máxima se encuentra en el factor "Ansiedad hacia el propio cuerpo" (4.67) que incluye ítems como el 12 ("Mi cuerpo es una amenaza para mí"), el 16 ("Mi barriga parece como si yo estuviera embarazada") o el 19 ("Hay cosas de mi cuerpo que me asustan"). No obstante, esta paciente también tiene puntuaciones muy elevadas y sin apenas diferencia con el factor anterior en el factor "Satisfacción y tamaño corporal" (4.64). En este se incluyen ítems del tipo "Cuando me comparo con otras me siento descontenta con mi cuerpo", "Deseo intensamente estar más delgada", "Procuro ocultar mi cuerpo", o "Envidia a otras por su apariencia física".

La paciente 3 es la que presenta una mayor puntuación en el Cuestionario de actitudes hacia el propio cuerpo (BAT), superando la media del grupo y excediendo el punto de corte que distingue la población normal y la clínica. En cuanto al análisis factorial, su mayor puntuación se relaciona con el factor “Ansiedad hacia el cuerpo” (4.83) y también con “Satisfacción y tamaño corporal” (4.82).

En cuanto a la paciente 4, es destacable una puntuación por debajo de la media del grupo en el BAT, obteniendo ésta una puntuación de 73. No obstante, se considera una puntuación clínica. El factor en el que claramente obtiene una mayor puntuación es “Satisfacción y tamaño corporal” (4.64). Es destacable que existen dos ítems en los que la paciente puntúa considerablemente bajo, con puntuaciones inferiores a 2. Estos son el ítem 7 (“Procuro ocultar mi cuerpo”) y el ítem 20 (“Observo mi aspecto en el espejo”).

Por último, la paciente 5 también se encuentra por debajo de la media del grupo aunque su puntuación sigue siendo clínica. El factor en el que recae la mayor puntuación es el de “Ansiedad hacia el cuerpo”(4). También es importante destacar que existen ciertos ítems en los cuales la paciente puntúa muy bajo (por debajo de 1) como el ítem 3 (“Mis caderas me parecen demasiado anchas”), el 7 (“Procuro ocultar mi cuerpo”), o el 8 (“Cuando me miro en el espejo me siento descontenta con mi cuerpo”).

Por tanto, todas las pacientes de la muestra presentan puntuaciones clínicas con puntuaciones muy por encima del punto de corte.

Tabla 4. Resultados en el Inventario de situaciones de malestar acerca de la imagen corporal (SIBID) en el pre-tratamiento.

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4	Paciente 5
Puntuación SIBID	165	187	135	168	152
Media Total	161.4				
DT	19.35				

La paciente 1, tal y como puede observarse en la tabla 3, presenta una gran cantidad de situaciones que le crean malestar emocional relacionado con la imagen corporal ya que ha obtenido una puntuación de 165 (de un máximo posible de 196), por lo que podría considerarse una puntuación clínica. Entre las situaciones que casi nunca le inducen sentimientos negativos acerca de la IC se encuentran: "Cuando creo que he perdido peso" (puntuada con un 0), y "Si mi peinado no está como debería estar" (puntuada con un 0).

La paciente 2 es la que presenta mayor puntuación en el Inventario de situaciones de malestar acerca de la imagen corporal (SIBID), con una puntuación de 187 (también clínica según la puntuación máxima del cuestionario). En este caso prácticamente todas las situaciones que incluye el inventario le generan malestar a excepción del ítem 30 ("Cuando creo que he perdido peso"), el 33 ("Después de haberme cortado el pelo o haber cambiado de estilo") y el 41 ("Si mi pareja no muestra interés sexual"). En todas ellas la paciente afirma que "solo a veces" (2) le generan malestar.

En cuanto a la paciente 3, es la que presenta menor puntuación de toda la muestra y se sitúa por debajo de la media del grupo. En este caso la cantidad de situaciones que le generan malestar/disforia con respecto a su IC no son tan abundantes como las demás. Entre las situaciones que nunca (0) le generan malestar se encuentran el ítem 20 ("Si mi amigo o pareja no se da cuenta de que me he arreglado"), el 30 ("Cuando creo que he perdido peso") y el 36 ("Cuando no voy maquillada"). Las que raramente (1) le ocasionan malestar son el ítem 21 ("Cuando ya estoy de mal humor por algo") y el 33 ("Después de haberme cortado el pelo o haber cambiado de estilo").

Por lo que respecta a la paciente 4 también es una de las participantes de la muestra que más puntúa en el inventario. Por tanto, el rango de situaciones que le ocasionan malestar es muy amplio. Entre las que nunca le ocasionan sentimientos negativos sobre su apariencia física se encuentran el ítem 30 ("Cuando creo que he perdido peso") y el 31 ("Cuando se hacen cumplidos sobre el aspecto de otra persona y no se dice nada del mío").

Por último, la paciente 5 presenta una puntuación inferior a la media de la muestra aunque sigue siendo una puntuación elevada (152/196). Las situaciones que no le generan malestar son las reflejadas en el ítem 1 ("En reuniones sociales en las que conozco a poca gente"), el 2 ("Cuando me miro en el espejo"), el 4 ("Cuando la gente me ve antes de que me haya arreglado"), el 19 ("Cuando preveo o tengo relaciones sexuales"), el 30 ("Cuando creo que he perdido peso"), etc.

Por tanto, todas las pacientes de la muestra presentan puntuaciones elevadas que podrían considerarse clínicas teniendo en cuenta la puntuación máxima posible y, por tanto, una gran cantidad de situaciones les generan sentimientos negativos acerca de su IC. Además, todas ellas coinciden al apuntar la noche como momento del día en el que tienen mayor malestar con respecto a la IC, el verano y la primavera como estaciones en las que su disforia es mayor, la menstruación como momento del mes crítico y actividades de ocio que impliquen ingestas fuera de casa o ponerse en bikini, así como la ingesta de alimentos con alto contenido calórico como bollería, chucherías, hamburguesas patatas fritas, etc. Sin embargo, las pacientes 1 y la 3 incluyen a todos los alimentos como generadores de malestar.

Tabla 5. Resultados en el Cuestionario de evitación debida a la imagen corporal (BIAQ) y medias en las subescalas en el pre-tratamiento.

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4	Paciente 5
Puntuación BIAQ	92	74	84	68	66
Ropa	4.14	2.71	4.28	4	1.86
Act. sociales	5.83	5	4	4.33	4.17
Restricción	4.67	3.67	4.67	2.33	4
Chequeo	4.67	4.67	5.33	2.33	5.33
Media Total	76.8				
DT	11.01				

Como se puede ver en la tabla, la paciente 1 muestra una puntuación superior a la media en el Cuestionario de Evitación debida a la imagen corporal (BIAQ), de hecho es la que mayor puntuación presenta de toda la muestra. Teniendo en cuenta que la puntuación total en el cuestionario es de 114, se puede decir que esta paciente presenta una puntuación muy elevada, la cual podría considerarse clínica. Por lo que respecta al análisis por factores, la paciente 1 presenta la puntuación más elevada para el factor de evitación de actividades

sociales (5.83), compuesto por ítems como el 8 ("No voy a citas sociales si pienso que voy a ser examinada") o el 10 ("No voy a reuniones sociales donde sé que habrá personas más delgadas que yo"). Seguidamente se encuentran los factores de restricción alimentaria (4.67) y chequeo (4.67).

La paciente 2 tiene una puntuación inferior a la media del grupo, aún así también podría considerarse ésta una puntuación clínica ya que la máxima posible es un 114. En el análisis factorial puede observarse una alta puntuación en el factor de evitación de actividades sociales debido a la imagen corporal (5) y en el de chequeo (4.67), formado por ítems del tipo "Me arreglo y me maquillo" o "Me miro al espejo". Las conductas que menos evita son aquellas relativas al factor de ropa o modo de llevar la ropa (2.71), por lo que apenas se observa en ella una tendencia a usar ropas que disimulen su cuerpo.

Por lo que respecta a la paciente 3 sí muestra puntuaciones superiores a la media del grupo, las cuales podrían considerarse clínicas. En cuanto al análisis factorial las conductas de chequeo son las que más realiza (5.33), es decir, las referidas a pesarse y mirarse al espejo, seguidas por las de restricción alimentaria (4.67) ilustradas en ítems como el 6 "Sólo como frutas, verduras y otras comidas bajas en calorías" o el 5 "Restrinjo al cantidad de comidas que tomo". En general lleva a cabo bastantes conductas de evitación puesto que el factor en el que menos puntúa ya presenta una puntuación de 4.

La paciente 4 también puntúa por debajo de la media del grupo. Los factores en los que su puntuación es más elevada son los correspondientes a evitación de actividades sociales (4.33) y modo de llevar la ropa (4) o tendencia a llevar ropa que disimule el cuerpo.

Por último, la paciente 5 es la que presenta una puntuación más baja en el cuestionario y, por tanto, la que presenta menos conductas de evitación de toda la muestra. Las conductas que implican chequeo personal son las más realizadas (5.33), seguidas de la evitación de actividades sociales (4.17).

Tabla 6. Resultados en el Cuestionario de pensamientos automáticos de imagen corporal (BIATQ) y medias en las subescalas en el pre-tratamiento.

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4	Paciente 5
Puntuación BIATQ	137	114	138	127	76
Ptos -	3.91	3.43	3.94	3.63	2
Ptos +	0	0.6	0	0	0.6
Media Total	118.4				
DT	25.599				

Tal y como puede observarse en la tabla que hace referencia a los resultados del BIATQ, podemos ver como en el primer caso de la paciente 1 presenta una puntuación muy elevada y muy por encima de la media del grupo. En cuanto al análisis por factores, la paciente presenta puntuaciones más elevadas en el factor que hace referencia a los pensamientos negativos (3.91), mientras que en los pensamientos positivos su puntuación es muy baja, de 0.

La paciente 2 tiene puntuaciones por debajo de la media del grupo, aún así sigue siendo puntuación clínica. También presenta una mayor puntuación en el factor de pensamientos negativos (3.43) y una puntuación en la escala positiva baja aunque ésta es algo más elevada que en la paciente anterior (0.60). Entre los pensamientos negativos en los que la paciente ha tenido mejores puntuaciones y, por tanto, ha puntuado más bajo se encuentran el 1 ("Me siento indefensa para cambiar mi aspecto"), el 35 ("Ojalá no me importara mi aspecto") y el 43 ("La ropa simplemente no me queda bien"). Entre los pensamientos positivos con puntuaciones más elevadas (2: A veces) destacan el 25 ("Estoy cómoda con mi apariencia") y el 34 ("Esa ropa me queda bien").

La paciente 3 es la participante de la muestra que más puntúa en el Cuestionario de pensamientos automáticos de imagen corporal (BIATQ). Su puntuación en la escala de pensamientos negativos es muy elevada (3.94), siendo "Siempre o casi siempre" la frecuencia con la que la paciente apunta la aparición de todos los pensamientos que componen la escala en la última semana. La escala positiva puntúa muy bajo (0).

La paciente 4 también presenta una puntuación por encima de la media de la muestra. En su caso también la escala de pensamientos negativos (3.63) es más elevada que la de pensamientos positivos (0). En su caso también existen algunos ítems pertenecientes a los pensamientos negativos que puntúan bajo, es decir, la paciente refiere que solo a veces tienen esos pensamientos. Son el 3 ("Mi aspecto me hace ser una "don nadie") y el 27 ("Mi aspecto me está arruinando en todo").

En el caso de la paciente 5 presenta la menor puntuación de toda la muestra, aunque sigue considerándose una puntuación clínica. Su puntuación media en la escala de pensamientos negativos es de 2, mientras que en la escala de pensamientos positivos es de 0.60. Entre los pensamientos negativos que con menor frecuencia se dan en esta paciente se sitúan el ítem 8 ("Con mi aspecto nadie va a quererme nunca"), el 11 ("Sé que la gente piensa que no soy atractiva") y el 40 ("Los demás tienen mejor aspecto que yo").

Tabla 7. Resultados en la medida de distorsión de la imagen corporal en el pre-tratamiento.

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4	Paciente 5
% distorsión	42.41%	57.14%	65.05%	62.31%	78.43%
Media Total	61.07				
DT	13.06				

Exceptuando la paciente 1 y 2, todas las participantes de la muestra presentan un porcentaje de distorsión de la imagen corporal por encima de la media del grupo. No obstante, todos los porcentajes son elevados. Teniendo en cuenta que el máximo porcentaje de distorsión es el 100%, todas ellas tendrían distorsiones elevadas.

5.2 Medidas de la muestra en imagen corporal en el post-tratamiento

Tal y como anteriormente se ha mencionado, los resultados presentados en este apartado pertenecen a una muestra de dos participantes debido a que las tres participantes restantes no continuaron con el tratamiento por diversos motivos. Además, esos resultados corresponden a la evaluación de la imagen corporal tras los componentes de tratamiento de reestructuración cognitiva y exposición. Tras el tratamiento (actualmente en curso) se tomarán medidas post- de la intervención al completo. Estos los resultados se desglosan a continuación.

Tabla 8. Resultados cuestionarios post-módulos (reestructuración cognitiva y exposición) y medias de las subescalas.

	Paciente 1	Paciente 2	MEDIA	DT
BAT	98	75	86.50	16.26
Satisfacción y tamaño corporal	5	4.36		
Ansiedad hacia el cuerpo	5	3.67		
Factor residual	4.33	1.67		
SIBID	179	155	167	16.97
BIAQ	75	66	70.50	6.36
Ropa	3.71	4.14		
Actividades sociales	3.83	3.83		
Restricción en la ingesta	3.67	2.33		
Chequeo	5	2.33		
BIATQ	110	112	111	1.41
Pensamientos negativos	3.37	3.23		
Pensamientos positivos	0.8	0.1		
% DISTORSIÓN	60.69%	71.68%	66.185	7.77

Nota: BAT, Cuestionario de actitudes hacia el propio cuerpo; SIBID, Inventario de situaciones de malestar acerca de la imagen corporal; BIAQ, Cuestionario de evitación debida a la imagen corporal; BIATQ, Cuestionario de pensamientos automáticos de imagen corporal.

5.3 Comparativa de resultados de la muestra pre y post

Tabla 9. Resultados comparativos entre el pre-tratamiento y la evaluación post-módulos.

	Paciente 1		Paciente 2	
	PRE	POST	PRE	POST
Puntuación total BAT	81	98	73	75
Satisfacción y tamaño corporal	4.64	5	4.64	4.36
Ansiedad hacia el cuerpo	4.67	5	3.33	3.67
Factor residual	3.33	4.33	2	1.67
Puntuación total SIBID	187	179	168	155
Puntuación total BIAQ	74	75	68	66
Ropa	2.71	3.71	4	4.14
Actividades sociales	5	3.83	4.33	3.83
Restricción en la ingesta	3.67	3.67	2.33	2.33
Chequeo	4.67	5	2.33	2.33
Puntuación total BIATQ	114	110	127	112
Pensamientos negativos	3.43	3.37	3.63	3.23
Pensamientos positivos	0.6	0.8	0	0.1
% Distorsión de la IC	57.14%	60.69%	62.31%	71.68%

Nota: BAT, Cuestionario de actitudes hacia el propio cuerpo; SIBID, Inventario de situaciones de malestar acerca de la imagen corporal; BIAQ, Cuestionario de evitación debida a la imagen corporal; BIATQ, Cuestionario de pensamientos automáticos de imagen corporal.

Por lo que respecta al Cuestionario de actitudes hacia el propio cuerpo (BAT) se observa como ambas pacientes presentan puntuaciones clínicamente significativas, siendo el punto de corte que distingue entre población normal y clínica de 36. En este sentido estas puntuaciones clínicas exceden las puntuaciones obtenidas en el pre-tratamiento, por lo que se puede decir que éstas no han

mejorado tras la aplicación de los dos componentes del programa de tratamiento. En el caso de la segunda paciente, el incremento en las puntuaciones apenas es perceptible, por lo que podría decirse que prácticamente se ha mantenido en la misma puntuación previa al tratamiento. En cambio, la paciente 1 ha empeorado notablemente.

En cuanto al Inventario de situaciones de malestar acerca de la imagen corporal (SIBID) se observa una mejora notable en ambas pacientes tras la aplicación de los dos módulos de tratamiento, por tanto han visto reducidas las situaciones generadoras de malestar emocional relacionado con la imagen corporal. No obstante, la puntuación sigue siendo elevada y podría considerarse clínica puesto que la puntuación máxima posible es 196. En la paciente 1, entre las situaciones que casi nunca le inducen sentimientos negativos acerca de la IC se encuentran: "Si mi pareja no muestra interés sexual" (puntuada con un 1), "Cuando se hacen cumplidos sobre el aspecto de otra persona y no se dice nada del mío" (puntuada con un 2) o "Cuando me pruebo ropa nueva en una tienda" (puntuada con un 2). En la paciente 2, entre las situaciones que nunca (0) le generan malestar se encuentran el ítem 30 ("Cuando creo que he perdido peso") y el 31 ("Cuando se hacen cumplidos sobre el aspecto de otra persona y no se dice nada del mío"). Las que raramente (1) le ocasionan malestar son el ítem 33 ("Después de haberme cortado el pelo o haber cambiado de estilo") y el 40 ("Si mi peinado no está como debería estar").

En el BIAQ también se observa una mejora con respecto a la evaluación inicial pero solo en una de las pacientes. La paciente 1 presenta una puntuación ligeramente más elevada en la evaluación post-, concretamente, su puntuación es mayor en el factor relativo al chequeo (5) seguido con mayor diferencia por el de evitación de actividades sociales (3.83). La paciente 2 presenta mayor frecuencia en las conductas relacionadas con la tendencia a llevar ropa que disimule su cuerpo (4.14) y la evitación de actividades sociales (3.83).

El Cuestionario de pensamientos automáticos de imagen corporal (BIATQ) también presenta ligeras mejoras en la puntuación de ambas pacientes, aunque ambas presentan claramente una mayor puntuación en la escala de pensamientos negativos que en la de positivos. La primera paciente presenta una puntuación media en pensamientos negativos de 3.37 frente al 0.8 de positivos, siendo este último factor más elevado con respecto a la evaluación pre-. En cuanto a la paciente 2 la escala de pensamientos negativos (3.23) también es más elevada que la de pensamientos positivos (0.1). Así pues, la puntuación en la escala de

pensamientos negativos se ha reducido tras el tratamiento y la escala de pensamiento positivos ha aumentado, todo ello solo ligeramente.

En las puntuaciones medias referentes al BIATQ se puede observar que los pensamientos que con mayor frecuencia se dan en la muestra son los pensamientos negativos. Entre ellos los más frecuentes son los reflejados en el ítem 7 ("Simplemente no es justo que mi aspecto sea el que es"), el 12 ("Tengo que perder peso"), el 16 ("Quizá pueda parecerme a ella/él") y el ítem 26 ("Algo en mi aspecto tiene que cambiar"). El pensamiento positivo que aparece con mayor frecuencia, aunque no significativamente, es "Esa ropa me queda bien" (0.80).

Por último, el porcentaje de distorsión ha empeorado en ambas pacientes, siendo la segunda de ellas en la que este empeoramiento destaca más. Teniendo en cuenta que la máxima distorsión es el 100%, ambas pacientes presentan porcentajes clínicos.

Así pues, los cuestionarios en los que se observan mejoras en ambas pacientes son el Inventario de situaciones de malestar acerca de la imagen corporal (SIBID) y el Cuestionario de pensamientos automáticos de imagen corporal (BIATQ). En cambio, las variables en las que ninguna de las pacientes han mejorado sino que muestran un empeoramiento son las actitudes negativas hacia el propio cuerpo y la distorsión perceptiva. Por lo que respecta a las conductas de evitación (Cuestionario de evitación debida a la imagen corporal, BIAQ) únicamente ha mostrado mejoras en una de las pacientes.

Para analizar si existen diferencias significativas entre las medidas de la pre-evaluación y la post-evaluación se llevaron a cabo estadísticos con pruebas no paramétricas (Wilcoxon), los cuales confirmaron que los resultados no presentaban diferencias significativas. Esta falta de significación se da tanto para las puntuaciones que mejoraban como las que empeoraban. No obstante, es necesario esperar a la realización de los siguientes módulos del tratamiento y la finalización de éste para volver a evaluar esta significación.

5.4. Resultados de la satisfacción con los módulos del tratamiento.

Tabla 10. Resultados cuestionario satisfacción con el tratamiento.

	Paciente 1	Paciente 2	MEDIA
Lógico	8	8	8
Útil	7	7	7
Recomendación a conocidos	10	10	10
Aversivo	7	9	8
Afrontamiento más eficaz	8	9	8.5
Satisfacción general	8	8	8
Utilidad			
Psicoeducación	10	9	9.5
Reestructuración cognitiva	10	9	9.5
Exposición	10	10	10

Tabla 11. Respuestas de las pacientes a las preguntas abiertas en el cuestionario de satisfacción con el tratamiento.

	Paciente 1	Paciente 2
¿Qué esperabas del programa?	<i>"Aprender a aceptar un poco más mi cuerpo y ver mi imagen corporal menos distorsionada"</i>	<i>"Que me ayudara a aceptarme tal y como soy, ver que no todo lo que tengo en mi cuerpo es horrible"</i>
¿Ha cumplido con tus expectativas?	<i>"Sí"</i>	<i>"Sí"</i>
Aspectos en los que has mejorado	<i>"En cambiar los pensamientos negativos o buscar alternativas cuando no puedo cambiarlos"</i>	<i>"En poder mirar ciertas partes de mi cuerpo sin que la ansiedad sea tan grande"</i> <i>"En poder cambiar pensamientos negativos por alternativos"</i>
Comentario adicional	<i>"La duración del programa de 1h la ampliaría un poco más"</i>	<i>"Creo que este tratamiento, aunque sea muy duro, es importante"</i>

		<i>que personas con el mismo problema que yo lo realicen"</i>
--	--	---

Las dos pacientes evaluadas en el postratamiento consideran el programa lógico, útil y lo recomendarían claramente a conocidos o familiares con el mismo problema. También consideran que les ha ayudado a hacer un afrontamiento más eficaz de sus problemas y con el que están muy satisfechas (8/10).

Sin embargo también lo consideran bastante aversivo, en una escala de 0 a 10 lo valoran como un 8. En cuanto a los módulos del tratamiento, el mejor valorado en cuanto a utilidad es la exposición (10) seguida de la psicoeducación y reestructuración cognitiva (ambas un 9.5).

También consideran que el tratamiento ha cumplido las expectativas que tenían al respecto. Éstas consistían en *"aprender a aceptar un poco más mi cuerpo y ver mi imagen corporal menos distorsionada"* y *"que me ayudara a aceptarme tal y como soy, ver que no todo lo que tengo en mi cuerpo es horrible"*. En este sentido, consideran que el tratamiento les ha ayudado a *"cambiar los pensamientos negativos o buscar alternativas cuando no puedo cambiarlos"* (paciente 1) o *"poder mirar ciertas partes de mi cuerpo sin que la ansiedad sea tan grande, así como poder cambiar pensamientos negativos por alternativos"* (paciente 2).

5.5 Resultados sobre la aplicación de los errores cognitivos al BIATO.

Es lógico pensar que si los pensamientos automáticos sobre la imagen corporal son inconscientes y la mayoría de las veces tenerlos conlleva sentimientos de inferioridad, tristeza, desasosiego e ineptitud, detectarlos y cambiarlos por otros más realistas, neutrales o positivos, podría ser dar un gran paso hacer una evaluación precisa de estas distorsiones a la hora de intervenir en personas con una imagen corporal negativa.

Es por todo ello por lo que este trabajo se centra en la evaluación de la imagen corporal antes y después de la aplicación de algunos de los componentes de un tratamiento específicamente dirigido a este constructo.

Para ello, también se realizó un análisis de las respuestas de los sujetos en los ítems, según éstos se relacionaran con los 12 errores cognitivos más frecuentes

acerca de la apariencia postulados por Cash (1991), a los que ya hemos hecho referencia en apartados anteriores. Los datos se representan en la tabla 12.

Tabla 12. Respuestas de los sujetos en función de los errores cognitivos.

ERRORES COGNITIVOS	P1	P2	P3	P4	P5	MEDIA
1. La bella o la bestia.	3.78	2.89	4	4	2.66	3.46
2. El ideal irreal.	4	3	4	4	0	3
3. La comparación injusta.	4	4	4	4	2.8	3.76
4. La lupa.	4	2.67	3.66	3.33	3.66	3.46
5. La ceguera mental.	4	4	4	4	4	4
6. La expansión de la fealdad.	4	4	4	4	4	4
7. El juego de la culpa.	4	3	4	2	2.5	3.1
8. Leer (mal) la mente.	4	3.83	4	3.5	0.33	3.13
9. Predecir la desdicha.	3.66	3.66	3.66	3	1.66	3.13
10. La atadura de la belleza.	4	3	4	3	2	3.2
11. Sentirse feo.	4	4	4	4	3	3.8
12. El espejo malhumorado.	4	4	4	4	3	3.8

Nota: P1, paciente 1; P2, paciente 2; P3, paciente 3; P4, paciente 4 y P5, paciente 5.

Tabla 13. Posible relación entre los errores cognitivos de Cash (1991) y los ítems del BIATQ.

ERRORES COGNITIVOS	ITEMS DEL BIATQ	Medias
1. La bella o la bestia.	5. <i>¿Por qué nunca puedo tener un buen aspecto?</i>	3.6
	10. <i>Ojalá fuera más guapa.</i>	3.6
	18. <i>No soy atractiva.</i>	3.8
	23. <i>Nunca seré atractiva.</i>	3.8
	30. <i>Estoy muy decepcionada con mi aspecto.</i>	
	35. <i>Ojalá no me importara mi aspecto.</i>	3.4
	39. <i>Soy muy fea.</i>	
	43. <i>La ropa no me queda bien.</i>	3.4
	45. <i>No puedo soportar mi aspecto.</i>	
		3
2. El ideal irreal.		3.4
		3.2
3. La comparación injusta.	29. <i>Nunca puedo tener el aspecto que yo quiero.</i>	3
	16. <i>Quizá pueda parecerme a ella / él.</i>	4
	21. <i>Ojalá me pareciera a otra persona.</i>	3.6
	32. <i>Todo el mundo tiene mejor aspecto que yo.</i>	3.8
	40. <i>Los demás tienen mejor aspecto que yo.</i>	3.4
	41. <i>Pienso que no soy atractiva entre gente que lo es...</i>	4
4. La lupa.	1. <i>Me siento indefensa para cambiar mi aspecto.</i>	
	4. <i>Mi aspecto no es lo suficientemente bueno para...</i>	3.2
	12. <i>Tengo que perder peso.</i>	3.2
		4
5. La ceguera mental.	26. <i>Algo en mi aspecto tiene que cambiar.</i>	4
	42. <i>Mi cuerpo necesita más definición.</i>	4
6. La expansión de la fealdad.	7. <i>No es justo que mi aspecto sea este...</i>	4
7. El juego de la culpa.	3. <i>Mi aspecto me hace ser una "don nadie".</i>	3.2
	27. <i>Mi aspecto me está arruinando en todo.</i>	3
8. Leer (mal) la mente.	38. <i>Sé que la gente piensa que no soy atractiva.</i>	3.2
	13. <i>Piensen que soy gorda.</i>	3
	15. <i>Se ríen de mi aspecto.</i>	3
	36. <i>Los demás se dan cuenta que algo raro hay en mi...</i>	3
	38. <i>La gente piensa que no soy atractiva.</i>	3.2
	44. <i>Ojalá que los demás no me miraran.</i>	3.4
9. Predecir la desdicha.	8. <i>Con mi aspecto nadie va a quererme nunca.</i>	2.8
	19. <i>No querrá sentarse a mi lado porque soy fea.</i>	3.2
	22. <i>Creo que no les gustaré a causa de mi aspecto...</i>	3.4
10. La atadura de la belleza.	2. <i>Mi vida es espantosa debido a mi aspecto.</i>	3.2
11. Sentirse feo.	33. <i>Me siento poco atractiva, así debe haber algo raro...</i>	3.8
12. El espejo malhumorado.	24. <i>Odio mi cuerpo.</i>	3.8

Como podemos ver en las tablas, los errores cognitivos más frecuentes en la muestra que nos ocupa son "La ceguera mental", "Expansión de la fealdad" y "La comparación injusta", Por tanto, podemos decir que la muestra se caracteriza por la

tendencia a minimizar los aspectos favorables de una misma, la generalización de la insatisfacción corporal a otras características personales y la tendencia a compararse con personas más atractivas.

En los resultados del estudio original (Borra, 2002) encuentran que lo que la población suele hacer con menor frecuencia es generalizar sus “defectos” físicos a su persona o su forma de ser. Tampoco parece que tiendan a culpar a su físico de sus desgracias ni de lo que no consiguen. Por el contrario, puede atisbarse una tendencia mayor en la muestra a compararse con los demás, a que sus sentimientos y pensamientos dependan bastante del momento que viven (“de cómo se han levantado hoy”), y a fijarse y exagerar lo negativo y minimizar lo positivo que ellos tienen.

6. Discusión y conclusiones finales

El tratamiento adecuado para trabajar la insatisfacción corporal es la TCC con un componente específico para la IC que normalmente comienza con la información relativa al proceso de formación de la IC negativa. El objetivo de este estudio era evaluar las modificaciones en la imagen corporal tras la aplicación de varios componentes en un programa de tratamiento para los TCA. Los resultados muestran que este tipo de tratamiento ha mejorado algunas de las variables estudiadas aunque no todas, como veremos a continuación.

Uno de los resultados encontrados es la mejora en variables como los pensamientos distorsionados y las situaciones que generan malestar sobre la apariencia física, variables que han mostrado una mejoría en las dos pacientes con respecto al inicio del tratamiento. Con respecto a la primera de ellas, el tratamiento ha aumentado la presencia de pensamientos positivos acerca de la apariencia, así como ha disminuido la presencia de los negativos en ambas pacientes. En cuanto a la cantidad de situaciones que generan malestar emocional, se ha encontrado que el número de situaciones varía en función del IMC, resultados corroborados por otros autores (Gallego et al, 2006). La primera paciente presenta mayor IMC y, a su vez, mayores puntuaciones en el SIBID.

Por lo que respecta a las conductas de evitación, el tratamiento ha mejorado esta variable en una de las pacientes y se ha mantenido en la otra.

Un resultado interesante que se ha encontrado es el relativo al porcentaje de distorsión de la IC. En este sentido todas las pacientes se percibían a sí mismas como más gruesas que su figura real, error perceptivo que se ha mantenido incluso tras los dos componentes de tratamiento. Estos resultados van en consonancia con lo estudiado por otros autores (Stewart et al, 2012) que apuntan que los pacientes con trastornos alimentarios tienen errores de percepción que hacen que la percepción que tienen sobre su cuerpo y la realidad no concuerden. Así mismo, (Vocks et al, 2006) concluyeron que la terapia de IC en pacientes con trastornos alimentarios demostró ser capaz de producir mejoras significativas en aspectos cognitivos, afectivos y comportamentales, mientras que no influyen los componentes perceptivos.

Los componentes del tratamiento aplicados hasta el momento, sin embargo, no han modificado las actitudes de las pacientes hacia el propio cuerpo. Esta es la única medida, además del error de distorsión, en la que ninguna de las dos ha mejorado. En uno de los casos ha empeorado bastante y en el otro prácticamente se mantiene igual que en el pre-tratamiento. Estos datos también han sido hallados

por Espina y cols (2001), que atribuyen las causas a la presión social por conseguir un cuerpo delgado, presiones que son mayores para las mujeres. Además, se ha observado como el IMC influye en las actitudes sobre la apariencia física, a mayor IMC mayor cantidad de actitudes negativas hacia el propio cuerpo. Este resultado es esperable si se tiene en cuenta que el prototipo de belleza que impera en nuestra sociedad es el de un cuerpo delgado, por lo que no es de extrañar que las personas con bajo IMC tengan una experiencia corporal más positiva (Salvador et al, 2004). Se pudo comprobar que la experiencia corporal y las actitudes hacia el propio cuerpo (BAT) parecen estar influenciadas por otras variables como son la edad, el IMC, la restricción (Salvador et al., 2004)

Así pues, el tratamiento está produciendo algunas modificaciones en variables como la distorsión de pensamientos, las conductas de evitación y la cantidad situaciones que generan malestar en ambas pacientes. No obstante, no se han producido mejoras en las actitudes negativas hacia el propio cuerpo y la distorsión perceptiva.

Por otra parte, las informaciones cualitativas muestran que el tratamiento está siendo valorado muy positivamente por parte de las pacientes, considerándolo lógico, útil, recomendable y estando muy satisfechas con él. También consideran que se han producido avances importantes con el tratamiento y que ha cumplido las expectativas al 100%, aunque eso sí, lo han considerado muy aversivo. Aspectos como la aversión del tratamiento se podrían mejorar con la inclusión de otros formatos del tratamiento que supusieran una exposición menos directa a diferentes variables relacionadas con su cuerpo. Ésta junto con otras son las ventajas que ofrecen las Tecnologías de la Información y la Comunicación para el tratamiento de los TCA.

Así pues, la importancia de la imagen corporal y su tratamiento ha supuesto que se haga uso de las nuevas tecnologías para facilitar el componente de tratamiento de la imagen corporal.

La Realidad Virtual (RV) es una herramienta que se ha mostrado eficaz en el tratamiento de algunos trastornos psicológicos. Y también es útil en el tratamiento de la IC en los Trastornos Alimentarios por varias razones:

a) La IC es un constructo difícil de objetivar y la gran aportación de la RV es la capacidad de concretar y mostrar ese constructo mental.

b) La RV permite tener una visión de la IC del cuerpo de la paciente de manera global y en tres dimensiones, así como una estimación del tamaño de las

principales partes del cuerpo con las que la paciente se siente insatisfecha. Es decir, es un sistema inmersivo en el que la paciente siente que “está ahí” modelando su propio cuerpo y enfrentándose a él.

c) Usando la RV se puede distinguir entre creencia y percepción. Es decir, con RV el terapeuta puede demostrar que lo que a los pacientes les parece una percepción (“sentirse gordos”) realmente no lo es, sino que lo que tienen son unas creencias y pensamientos negativos sobre su cuerpo, que a su vez están mantenidos por comparaciones y conductas que llevan a la persona a tener una IC negativa.

d) Permite combinar distintos índices de discrepancia con respecto al peso y a la silueta.

e) La RV permite integrar distintos tipos de técnicas de terapia, como por ejemplo, el hecho de que las pacientes puedan ver distintas versiones de su cuerpo.

f) Permite que la persona se pueda enfrentar cara a cara con su representación mental.

g) El sistema informático se convierte en un aliado para el terapeuta ya que las pacientes aceptan con mayor prontitud la evidencia de que están distorsionando la realidad puesto que es el ordenador (un juez objetivo que no miente) el que se lo demuestra, lo que contrasta con la desconfianza típica de estas pacientes ante los comentarios de los demás.

h) Incrementa la motivación de las pacientes para el tratamiento ya que las resistencias disminuyen, al no ser tan invasivo.

i) Prepara el camino para la vida real. El hecho de poder enfrentar y practicar en este ambiente protegido hace que las pacientes se atrevan a seguir explorando el mundo más allá del ordenador.

Entre los estudios que avalan la idoneidad y la eficacia de la RV como herramienta terapéutica para diversos problemas psicológicos, encontramos, en el campo de las alteraciones de la IC, una experiencia pionera en población no clínica, el “The virtual body Project-VEBIM (Virtual Environments for Body Image Modification)” (Riva, Melis y Bolsón, 1997), cuyo objetivo se centraba en el uso de ambientes virtuales en el estudio y tratamiento de las alteraciones de la IC en población no clínica. Posteriormente, el mismo equipo, aplicó estos ambientes virtuales a una paciente con anorexia nerviosa con resultados esperanzadores,

aunque éste no era un estudio controlado (Riva, Baccheta, Baruffi, Rinaldi y Molinari, 1998).

Sin embargo, hasta el momento y por ser una novedad, todavía había muchos aspectos que estudiar como, por ejemplo, la utilización de muestra clínica de TA o realizar un estudio comparativo entre la eficacia de la aplicación de la RV y el tratamiento tradicional de la IC.

Este fue el propósito del estudio llevado a cabo por Perpiñá, Botella, Baños, Marco, Alcañiz y Quero (1999). Estos autores llevaron a cabo un estudio cuyo objetivo era probar la eficacia diferencial de un componente específico de la evaluación y tratamiento de la IC en los trastornos alimentarios a través de técnicas de RV frente a la TCC, tratamiento tradicional de IC. Los resultados de este estudio mostraron que tras el tratamiento, todas las pacientes habían mejorado significativamente, pero aquellas que fueron tratadas mediante técnicas de RV mostraron una mejora significativamente mayor en variables de psicopatología general, psicopatología alimentaria y en las variables específicas de IC. Por otra parte, se redujeron sus índices de discrepancia entre el peso subjetivo y el real, y el peso deseado estaba más próximo al peso saludable. Además, estos resultados no solo se mantuvieron tras seis meses de seguimiento (Marco, 2000), sino que en la mayor parte de las variables evaluadas, la mejoría ha seguido progresando a los doce meses. Los autores revelan la ventaja de incluir un componente de tratamiento dirigido a las alteraciones de la IC en el protocolo de tratamiento general de los TA ya que resulta en mayores mejoras en las actitudes, pensamientos, emociones y comportamientos relacionados con la propia apariencia corporal y física, e igualmente tiene un efecto positivo en la patología del TA. Además, el tratamiento de la IC acelera el proceso de cambio y maximiza los resultados del TCC. En otras palabras, la mejora ocurre mucho antes cuando la IC es tratada.

El tratamiento de los TCA requiere un tratamiento específico dirigido a cada una de las dimensiones de la alteración de la IC. Otros autores (Fairburn et al, 2009) están demostrando la necesidad de mejorar el tratamiento para los TA con otros componentes de la TCC dirigidos al perfeccionismo, problemas interpersonales y autoestima.

Por tanto, el tratamiento de la IC a través de RV parece ser útil en el campo de los trastornos alimentarios ya que aborda más directamente a la IC que las técnicas tradicionales.

Entre las limitaciones encontradas a la hora de llevar a cabo este estudio se encuentran: la escasez de la muestra disponible, el tipo de diseño descriptivo (serie de casos) y su carácter inacabado, por lo que los datos no son concluyentes.

7. Bibliografía

- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed.) (DSM-IV). Washington, DC: APA. (Traducción española: Masson, Barcelona, 1995).
- American Psychiatric Association (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders- IV- TR*. Washington. APA.
- Armengol, N.E., & De la Gándara, J.M. (2008). Trastornos de la conducta alimentaria: una visión transcultural en la postmodernidad. *C. Medicina Psicosomática*, 86, 29-36.
- Baños, R.M., Botella, C., Perpiñá, C., Gallego, M.J. (2006). Propiedades psicométricas del inventario de situaciones de malestar acerca de la imagen corporal (SIBID) en población española. *Psicología Conductual*, 1, 19-38.
- Barry & Grilo (2002). Eating and body image disturbances in adolescent psychiatric inpatients: gender and ethnicity patterns. *International Journal Eating Disorders*, 32 (3) 335-343.
- Becker (2007) Facets of acculturation and their diverse relations to body shape concern in Fiji. *International Journal Eating Disorders*, 40, 42-50.
- Bhatnagar, K., Wisniewski, L., Solomon, M. & Heinberg, L. (2013) Effectiveness and Feasibility of a Cognitive-Behavioral Group Intervention for Body Image Disturbance in Women with Eating Disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 69 (1), 1-13.
- Borkovec, T.D. & Nau, S.D. (1972). Credibility of analogue therapy rationales. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 3(4), 257-260.
- Borra, C. (2002). *Validación del cuestionario sobre los pensamientos automáticos acerca de la imagen corporal (BIATQ)*. Trabajo de investigación. Universidad de Valencia.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24, 187-94.
- Butters, J. W., & Cash, T. F. (1987). Cognitive-behavioral treatment of women's body image dissatisfaction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 889-897.
- Calvo, R. (2002). *Anorexia y Bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas*. Editorial Planeta, S. A.

- Cardi, V., Krug, I., Perpiñà, C., Mataix-Cols, D., Roncero, M. & Treasure, M. (2012). The use of nonimmersive virtual reality programme in anorexia nervosa: A single case-report. *European Eating Disorders Review*, 20, 240-245.
- Cash, T.F. (1991). *Body Image therapy: a program for selfdirected change*. New York: Guilford Press.
- Cash, T.F. (1994). The situational inventory of body image dysphoria: contextual assessment of a negative body image. *The Behavior Therapist*, 17, 133-134.
- Cash, T.F. (1995). *What do you see when you look in the mirror? Helping yourself to a positive body image*. New York: Bantam books.
- Cash, T.F. (2002). Body image: Cognitive behavioral perspectives on body image. In T.F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body Images: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice* (pp. 38-46). NY: Guilford Press.
- Cash, T.F. (2004) Body Image: past, present, and future. *Body Image*, 1, 1-5.
- Cash, T.F. & Deagle, E.A. (1997). The nature and extent of Body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 107-125.
- Cash, T.F. y Grant, J.R. (1996) Cognitive behavioral treatment of body image disturbances. In V.B Van Hasselt & Hersen, M. (eds.), *Sourcebook of psychological treatment manuals for adult disorders*. New York: Plenum Press.
- Cash, T.F. y Hrabosky, J.I. (2004) Treatment of body image disturbances. In Thompson, J.K. (eds) *Handbook of eating disorders and obesity* pp. (515-541). Wiley and sons.
- Cash, T.F. & Henry, P.E. (1995) Women's body image. The results of a national survey in the U.S.A. *Sex Roles*, 33, 19-28.
- Cash, T.F. y Pruzinsky, T.P. (1990) Eds. *Body image: Development, deviance and change*. Guilford Press. New York.
- Cash, T.F., & Pruzinsky, T. (2002) *Body Image: A Handbook of theory, research, & clinical practice*. New York: Guilford Press.
- Crisp, A., Palmer, R., Kalcy, R. (1976). How common is anorexia nervosa? A prevalence study. *British Journal of Psychiatry*, 128, 545-59.

- Delinsky, S. S., & Wilson, G.T. (2006) Mirror exposure for the treatment of body image disturbance. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 108-116.
- Espina, A., Ortego, M.A., Ochoa de Alda, I., Yenes, F., y Alemán, A. (2001) La imagen corporal en los trastornos alimentarios. *Psicothema*, 13 (4), 533-538.
- Fairburn, C.G., Cooper, G., Doll, Z., O'Connor, M.E., Bohn, K., Hawker, D.M., Wales, J.A., Palmer, R.L. (2009). Transdiagnostic cognitive behavioural therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60 weeks follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 166, 311-319.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z. y Saffran, R. (2002). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behavior Research and Therapy*.
- Fairburn, C.G., Peveler, R.C., Jones, R, Hope, R.A. y Doll, H.A. (1993) Predictors of 12 month outcome in bulimia nervosa and the influence of attitudes to shape and weight. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 696-698.
- Farell, C., Shafran, R., & Lee, M. (2006). Empirically evaluated treatments for body image disturbance: review. *European Eating Disorders Review*, 14 (5), 289-300.
- Fernández, B.L. & Rodríguez, C.T. (2003). Entrevista motivacional y actitudes ante el cambio en pacientes con un trastorno del comportamiento alimentario. *Adicciones*, 15, 1, 51-56.
- Ferre-García, M., Gutiérrez-Maldonado, J. (2012) The use of virtual reality in the study, assessment, and treatment of body image in eating disorders and nonclinical samples: A review of the literature. *Body Image*, 9, 1-11.
- Gascón, P. y Migallón, P. (2002). La Guía de la Anorexia. "Trastornos de la alimentación" pp. 355-46. Dirección General del INJUVE. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Murcia.
- Gila, A., Castro, M.J., Gómez, J., Toro, J. y Salamero, M. (1999). The body attitude test: validation of the spanish version. *Eating Weight Disorder*, 4, 175-178.
- Gismero, E. (1996). *Habilidades sociales y Anorexia nerviosa*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.

- Grilo, C.M. (2012) Why no Cognitive Body Image Feature such as overvaluation of shape/weight in the binge eating disorder diagnosis? *International Journal of Eating Disorders*, 46(3), 208-211.
- Grilo, C.M., & Masheb, R.M. (2005) Correlates of Body Image Dissatisfaction in Treatment-Seeking Men and Women with Binge Eating Disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 38 (2) 162-166.
- Head, H. (1926). Aphasia and Kindred disorders of speech. London: Cambridge University Press.
- Hilbert, A., Tuschen-Caffier, B., & Vögele. (2002). Effects of prolonged and repeated body image exposure in binge eating disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 137-144.
- Hrabosky, J.I., Cash, T.F., Veale, D., Neziroglu, F., Soll, E.A., Garner, D.M., Strachan-Kinser, M., Bakke, B., Clauss, L.J., and Phillips, K.A. (2009). Multidimensional body image comparisons among patients with eating disorders, body dysmorphic disorder, and clinical controls: A multisite study. *Body Image*, 6, 155-163.
- Jansen, A., Bollen, D., Tuschen-Caffier, B., Roefs, A., Tanghe, A., & Braet, C. (2008). Mirror exposure reduces body dissatisfaction and anxiety in obese adolescents: A pilot study. *Appetite*, 51, 214-217.
- Jarry, J.L. & Berardi, K. (2004). Characteristics and effectiveness of stand-alone body image treatments: a review of the empirical literature. *Body Image*, 1, 319-333.
- Jenkins (1996). Culture, emotion and psychiatric disorder. En Sargent and Thomas (Eds) *Medical anthropology: Contemporary theory and method*, 71-87. Westport, CT: Praeger.
- Jorquera, M. (2009) *Un taller de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en la Comunidad Valenciana*. Tesis doctoral. Universidad de Valencia.
- Key, A., Georje, C.L., Beattie, D., Stammers, K., Lacey, H., & Waller, G. (2002). Body image treatment within an inpatient program for anorexia nervosa: the role of mirror exposure in the desensitization process. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 185-190.
- Koskina, A., Campbell, I.C., y Schmidt, U. (2013). Exposure therapy in eating disorders revisited. *Neuroscience and Behavioral Reviews*, 37, 193-208.

- Luethcke, C.A, McDaniel, L. y Black Becker, C. (2011) A comparison of mindfulness, non-judgemental, and cognitive dissonance-based approaches to mirror exposure. *Body Image*, 8, 251-258.
- Lundgren D.J., Danoff-Burg S y, Anderson D.A. (2004) Cognitive-Behavioral Therapy for Bulimia Nervosa: an Empirical Analysis of Clinical Significance. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 262-274.
- Marco, J.H. (2000). *Tratamiento de las alteraciones de la imagen corporal en los trastornos alimentarios. Eficacia diferencial de las técnicas de realidad virtual frente a las técnicas tradicionales*. Tesis de Licenciatura. Universidad Mimeo: Universidad Jaime I. Castellón.
- Markey (2004). Cultura and the development of eating disorders: a tripartite model. *Eating disorder*, 12, 139-156.
- Ortega, A. (2010). *Relación entre la insatisfacción con la imagen corporal, autoestima, autoconcepto físico y la composición corporal en el alumnado de primer ciclo de educación secundaria de la ciudad de Jaén*. Tesis doctoral. Universidad de Granada.
- Perpiñà, C., Botella, C., y Baños, R.M. (2000). *Imagen corporal en los Trastornos Alimentarios. Evaluación y Tratamiento mediante Realidad Virtual*. Valencia: Promolibro.
- Perpiñà, C., Botella, C., y Baños, R.M. (2003). Virtual Reality in Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 11, 261-278.
- Perpiñà, C., Botella, C., Baños, R., Marco, J.H., Alcáñiz, M. y Quero, S. (1999). Body image and virtual reality in eating disorders: Exposure by virtual reality is more effective than the classical body image treatment? *Cyberpsychology & Behavior*, 2 (2), 149-159.
- Pick, A. (1922). Störung der orientierung am eigenen korper. *Psychologische Forschung*, 1, 303-315.
- Probst, M., Vanderreycken, W., VanCoppennolle, H., y Vanderlinden, J. (1995). The Body Attitude Test for patients with an Eating Disorder: Psychometric Characteristics of a New Questionnaire. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 3, 133-145.
- Pruzinsky, T. y Cash, T.F., (1990). Integrative themes in body image development, deviance and change. En T.F. Cash y T. Pruzinsky (Eds.)

- Body Images. Development deviances and change.* New York: Guilford Press.
- Pruzinsky, T., & Cash, T. F. (2002). Understanding body images. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 3-12). New York: Guilford Press.
- Raich, R.M. (2000). *Imagen corporal: conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid, Pirámide.
- Raich, R., Torras, J. y Sánchez-Carracedo, D. (2001). Body image in a sample of adolescent students. Book of Abstracts European Council. *Eating Disorders* (p. 15).
- Riva, G., Bacchetta, M., Baruffi, M., Rinaldi, S. y Molinari, E. (1998) Experiential Cognitive therapy: a VR based approach for the assessment and treatment of eating disorders. En Riva, G., Wiederhol, B. y Molinari (Eds.) *Virtual environments in clinical Psychology and Neuroscience*. Ios Press, Amsterdam.
- Riva, G., Bacchetta, M., Baruffi, M. & Molinari, E. (2002) Virtual-Reality-Based multidimensional therapy for the treatment of body image disturbances in binge eating disorders: A preliminary controlled study. *IEEE Transactions on Information Technology in Biomedicine*, 6 (3), 224-233.
- Riva, G., Melis, L., y Bolsón, M. (1997). Treating body image disturbances. *Communications of the ACM*, 40, 69-71.
- Rosen, J.C. (1990) Body-image disturbances in eating disorders. En T.F. Cash y T. Pruzinsky (eds.). *Body images. Development deviances and change*. New York: Guilford Press.
- Rosen, J.C. (1997). Cognitive-Behavioral Body Image Therapy. En D.M. Garner y P.E. Garfinkel (Eds.). *Handbook of treatment for eating disorders* (2ª Ed.). New York: Guilford Press.
- Rosen, J. C., Cado, S., Silberg, S., Srebnik, D. & Wendt, S. (1990). Cognitive-behavior therapy with and without size perception training for women with body image disturbance. *Behavior Therapy*, 21, 481-498.
- Rosen, J. C., Orosan, P., & Reiter, J. (1995) Cognitive behavior therapy for negative body image in obese women. *Behaviour Therapy*, 26, 25-42.

- Rosen, J.C., Saltzberg, E. y Srebnik, D. (1989) Cognitive behavior therapy for negative body image. *Behavior Therapy*, 20, 393-404.
- Russell, G.F.M. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 429-48.
- Salvador, S. (2004). *Validación del Cuestionario de Actitudes hacia el propio cuerpo (BAT) en población no clínica española*. Trabajo de investigación, Universitat Jaume I.
- Sánchez, A., Hurtado, F., Colomer, J., Saravia, S., Monleón, J., & Soriano, A. (2000) Actitud alimentaria anómala y su relación con la imagen corporal en una muestra urbana de adolescentes valencianos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 5 (3), 191-206.
- Schielder, P. (1950). *The image and appearance of the human body*. New York: International Universities Press.
- Sepúlveda, A.R., Botella, J., & León, J.A. (2001) La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: un meta-análisis. *Psicothema*, 13 (1), 7-16.
- Shisslak, C.K., & Crago, M., (2001). Risk and protective factors in the development of eating disorders. In: Thompson, J.K., Smolak, L. (eds.). *Body image, Eating Disorders and Obesity in Youth: Assessment, Prevention and Treatment*. American Psychological Association, Washington, pp. 103-125.
- Slade, P.D. (1994). «What is body image?». *Behaviour Research and Therapy* (32): pp. 497-502.
- Stewart, A., Klein, S., Young, J., Simpson, S., Lee, A.L., Harrild, K., Crockett, P., & Benson, P.J. (2012). Body image, shape, and volumetric assessments using 3D whole body laser scanning and 2D digital photography in females with a diagnosed eating disorder: Preliminary novel findings. *British Journal of Psychology*, 103, 183-202.
- Stice, E. (2002). Body image and bulimia nervosa. In: Cash, T.F., Pruzinsky, T. (eds.) *Body Image: A Handbook of theory, research & clinical practice*. Guilford Press, New York, pp. 304-311.
- Stice, E., & Presnell, K. (2007) *The body Project: Promoting body acceptance and preventing eating disorders: Facilitator guide*. New York, NY: Oxford University Press.

- Stice, E., Shaw, H., Becker, C.B., & Rhode, P. (2008). Dissonance-based interventions for the prevention of eating disorders: Using persuasion principles to promote health. *Prevention Science*, 9, 114-128.
- Striegel-Moore, R. H., Silberstein, L. R., Frensch, P., & Rodin, J. (1989) A prospective study of disordered eating among college students. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 499-509.
- Thompson, J.K. (1992). Body image: extent of disturbance, associated features, theoretical models, assessment methodologies, intervention strategies, and a proposal for a new DSM-IV category-Body Image Disorder. En M. Hersen, R. M. Eisinger y P. M. Miller (Eds.) *Progress in Behavior Modification*, 28, 3-54.
- Thompson, J.K., Heinberg, L.J., Altabe, M., & Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Thompson, J.K., Heinberg, L.J. y Clarke, A.J. (1996). Treatment of body image disturbances in eating disorders. En J.K. Thompson (Ed.), *Body image, eating disorders and obesity*. Washington, DC: APA.
- Toro, J. (1996) *El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Editorial Ariel.
- Toro, J. (2004). *Riesgo y causas de la anorexia nerviosa*. Barcelona: Editorial Ariel.
- Vandereycken y Hoek (1992). Are eating disorders cultural-bound disorders? En K. A. Halmi (ed.) *Psychobiology and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa*. Washington: American Psychiatric Press.
- Vocks, S., Legenbauer, T., Wächter, A., Wucherer, M., & Kosfelder, J. (2007). What happens in the course of body exposure? Emotional, cognitive, and physiological reactions to mirror confrontation in eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 231-239.
- Wildes & Emery (2001) The roles of ethnicity and cultura in the development of eating disturbance and body dissatisfaction: a meta-analytic review. *Clinical Psychological Review*, 21, 521-551.
- Wilson, T.G., Fairburn, C.G. (1998). Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. En D.M. Garner y P.E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders*. New York: Guilford Press.

8. Anexos

- Cuestionario de actitudes hacia el propio cuerpo (BAT)
- Inventario de situaciones de malestar acerca de la imagen corporal (SIBID)
- Cuestionario de evitación debida a la imagen corporal (BIAQ)
- Cuestionario de pensamientos automáticos de imagen corporal (BIATQ)
- Cuestionario de satisfacción con el tratamiento.